

Fimea kehittää, arvioi ja informoi

JULKAISUSARJA 8/2016

MONIAMMATILLISUUS IKÄIHMISTEN LÄÄKKEIDEN JÄRKEVÄN KÄYTÖN EDISTÄMISESSÄ – KANSALLINEN SELVITYS JA SUOSITUKSET

Anne Kumpusalo-Vauhkonen,
Timo Järvensivu ja Antti Mäntylä (toim.)

fimea

MONIAMMATILLISUUS IKÄIHMISTEN LÄÄKKEIDEN JÄRKEVÄN KÄYTÖN EDISTÄMISESSÄ – KANSALLINEN SELVITYS JA SUOSITUKSET

Fimea kehittää, arvioi ja informoi -julkaisusarja 8/2016

© Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea
2016

Julkaisija

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea
Postiosoite: PL 55, 00034 FIMEA
Puh. vaihde: 029 522 3341
www.fimea.fi

Ulkoasu

SEK Promote Oy

Taitto

Erweko Oy

www.fimea.fi/tietoa_fimeasta/julkaisut

ISBN 978-952-5624-65-6

ISSN-L 1799-7135

ISSN 1799-7143 (verkkojulkaisu)

The logo for Fimea, consisting of the word "fimea" in a lowercase, sans-serif font. The letter "i" is stylized with a pink dot and a pink horizontal line extending to the left.

Järkevä lääkehoito on nostettu hallitusohjelmassa osaksi rakennepoliittista sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta. Rationaalisen lääkehoidon toimeenpano-ohjelman tarkoituksena on parantaa potilaan kokonaisvaltaisen hoidon toteutumista, parantaa ihmisten toimintakykyä sekä luoda edellytykset kustannustehokkaalle lääkeshoidolle niin potilaan kuin yhteiskunnan näkökulmasta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa ollaan siirtymässä moniammatillisuutta korostaviin uusiin integroituihin toimintamalleihin.

Lääkealan kansallisen kehittämisen koordinointi ja yhteistyön rakentaminen lääkkeiden järkevän käytön edistämiseksi on yksi Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean tehtävistä. Fimean koordinoiman moniammatillisen verkoston toiminnalla on pyritty liittämään lääkehuolto entistä tiiviimmin osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää lääkepoliittisten tavoitteiden mukaisesti. Verkostoa koordinoi kehittämisspäälikkö Antti Mäntylä ja suunnittelija Anne Kumpusalo-Vauhkonen Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimeasta sekä menetelmäasiantuntijana Timo Järvensivu Aalto-yliopiston kaupunkorkeakoulusta.

Moniammatillisessa verkostossa on rakennettu kansallista yhteistyötä niin, että lääkkeiden järkevää käyttöä kehittävät paikalliset, alueelliset ja valtakunnalliset tahot Suomessa toimisivat yhteisten tavoitteiden mukaisesti. Kiitämme kehittämismyönteisestä osallistumisesta sekä meidän koordinaattoreiden tukena toimineen tukiryhmän jäseniä että koko laajaan yhteistyöverkostoon kuuluvia sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita ympäri Suomea. Tämän kansallisen selvityksen ja suositusten tueksi Fimea laati yhteistyössä Helsingin yliopiston kliinisen farmasian yksikön kanssa järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen muissa maissa toteutetuista moniammatillisista toimintamalleista. Osana verkoston selvitystyötä käynnistettiin myös ILMA (lääkkäiden lääkehoidon moniammatillinen arviointi) -tutkimushanke selvittämään moniammatillisesti tehdyn lääkehoidon arvioinnin vaikutuksia iäkkäiden toimintakykyyn, hoiva- ja terveyspalvelujen käyttöön, lääkitykseen, lääke- ja muihin terveydenhuollon kustannuksiin ja elämänlaatuun. Sosiaali- ja terveysministeriö on rahoittanut verkostossa tehtyä tutkimustyötä.

Tämän selvityksen ja suositukset on mahdollistanut moniammatillisen verkoston tiimien tekemä kehittämistyö. Osalle tiimeistä Tekes myönsi kehittämisrahaa. Kehittäminen on lähtenyt tiimien paikallisista käytännön tarpeista. Käytännön toteutuksen kannalta moniammatillinen kehittämistyö on kuitenkin osoittautunut tiimi- ja organisaatio-tasoilla haasteelliseksi. Kehittämistyölle on tärkeää löytää riittävästi aikaa ja tilaa säilyttäen samalla kuitenkin organisaation toimintakyky. Tässä korostuu kehittämistyön johtamisen merkitys. Lisäksi esimerkiksi henkilösidonaisuus tekee kehittämisestä haavoittuvaa, jolloin pahimmassa tapauksessa kehittäminen hidastuu tai pysähtyy kokonaan vastuuhenkilöiden siirtyessä organisaatioista toiseen.

Moniammatillisen verkoston koordinoinnilla on tuettu tiimejä heidän kehittämistyössään. Kehittämistiimien toisiltaan saaman tuen merkitys on kasvanut koko ajan. Kiitämme tiimejä, tiimien johtoa ja organisaatioiden koko henkilöstöä sitoutumisesta pitkäjänteiseen kehittämistyöhön. Merkittävää on myös se, että kehittämistyö raportissa tarkasteltavien vuosien 2012–2015 jälkeen edelleen jatkuu.

Verkoston kehittämistiimit ovat jo nyt toteuttaneet tulevaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanoa. Siksi tätä kansallista selvitystä ja suosituksia voidaan hyödyntää kehitettäessä valtakunnallisia ja paikallisia toimintamalleja. Sosiaali- ja terveydenhuollon arjessa toimivat moniammatilliset toimintamallit tukevat sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota. Raportin sisällön lisäksi verkostossa laadittuja materiaaleja voidaan hyödyntää niin paikallisessa kehittämisessä kuin sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja täydennyskoulutuksessa. Kiitämme sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita saaduista lausunnoista sekä korjaus- ja täydennysehdotuksista, mitkä on huomioitu raportin viimeistelyssä.

SISÄLLYSLUETTELO

MONIAMMATILLISUUS IKÄIHMISTEN LÄÄKKEIDEN JÄRKEVÄN KÄYTÖN EDISTÄMISESSÄ – KANSALLINEN SELVITYS JA SUOSITUKSET

ESIPUHE.....	3
TIIVISTELMÄ.....	5
RESUMÉ.....	7
ABSTRACT.....	9
KESKEISET KÄSITTEET JA MÄÄRITELMÄT.....	11
1. JOHDANTO	15
2. MONIAMMATILLINEN TOIMINTA LÄÄKKEIDEN JÄRKEVÄN KÄYTÖN EDISTÄMISEKSI.....	17
3. SELVITYSTYÖN TOTEUTTAMINEN MONIAMMATILLISESSA VERKOSTOSSA	26
4. SELVITYSTYÖN TULOKSET	30
5. JOHTOPÄÄTÖKSIÄ: FIMEAN SUOSITUKSET MONIAMMATILLISEEN TOIMINTAAN JÄRKEVÄN LÄÄKEHOIDON EDISTÄMISEKSI... ..	40
6. LIITTEET	42
7. LÄHDELUETTELO.....	59

TIIVISTELMÄ

Kumpusalo-Vauhkonen A, Järvensivu T, Mäntylä A (toim.). Moniammatillisuus ikäihmisten lääkkeiden järkevän käytön edistämiseksi – kansallinen selvitys ja suositukset. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Fimea kehittää, arvioi ja informoi julkaisusarja 8/2016. 63 s. ISBN 978-952-5624-65-6 (pdf).

Lääkehoito on tärkeä osa iäkkäiden hoitoa. Toivottujen vaikutusten lisäksi lääkehoidoissa on monia ongelmia. Lääkitysongelmat lisäävät kustannuksia ja heikentävät potilaan elämänlaatua. Useita lääkkeitä tarvitsevien ikäihmisten hoidossa pyritään hallittuun monilääkitykseen. Iäkkäiden järkevää lääkkeiden käyttöä on pyritty viime vuosikymmeninä edistämään kehittämishankkeilla, laatusuosituksilla ja lainsäädännön muutoksilla. Tutkimusten mukaan valtaosa lääkehoidon ongelmista olisi ratkaistavissa erilaisilla arvioinneilla ja toimenpiteillä, mutta niiden toimeenpano on jäänyt kuitenkin vajaaksi.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea kokosi vuonna 2012 verkoston edistämään ikäihmisten lääkkeiden järkevää käyttöä moniammatillisuuden näkökulmasta. Verkoston tavoitteena oli kehittää ja pilotoida erilaisia moniammatillisia tiimityön malleja iäkkäiden lääkehoitojen optimoimiseksi. Tässä raportissa kuvataan Fimean koordinoiman verkoston vuosina 2012–2015 tekemää työtä ja kehitettyjä moniammatillisia toimintamalleja. Lisäksi raportti esittelee kansallisia suosituksia siitä, miten iäkkäiden lääkehoidon järjeistämistä tulisi edistää moniammatillisesti. Raportissa on kaksi osaa. Ensimmäisessä osassa (luvut 2–3) kuvataan moniammatillisen verkoston toimintaa ja tuloksia. Toisessa osassa (luvut 4–5) kuvataan toiminnan tuloksien pohjalta annettavat suositukset.

Moniammatillinen verkosto koottiin ryväsotannalla haastatteleamalla eri puolella Suomea moniammatillisesti toimivia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Verkoston kuului lääkäreitä, sairaanhoitajia, farmaseutteja ja proviisoreita. Vuoden 2015 lopussa verkoston ydin koostui 14 moniammatillisesta tiimistä.

Kehittämistiimit kattoivat laajasti koko potilaan lääkehoitopolun ja edustivat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöjä eri puolilta Suomea. Verkoston tavoitteena ei ollut etsiä nopeita ratkaisuja yksittäisiin lääkehoidon ongelmiin vaan kehittää toimintaa kokonaisvaltaisesti ja pitkäjänteisesti.

Fimea laati yhteistyössä Helsingin yliopiston klinisen farmasian yksikön kanssa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen eri maissa toimivista moniammatillisista toimintamalleista. Katsauksen perusteella moniammatilliset toimintamallit näyttäisivät edistävän iäkkäiden lääkehoitojen tarkoituksenmukaisuutta ja hoitoon sitoutumista. Verkoston laatima selvitys osoittaa, että lääkkeiden järkevän käytön ongelmista on paljon tutkimustietoa. Lääkkeiden käytön järjeistämiseksi on perustettu työryhmiä, annettu suosituksia, käynnistetty kehittämishankkeita ja järjestetty täydennyskoulutusta, mutta toimeenpano ei ole ollut riittävän tehokasta.

Moniammatillisuuden näkökulmasta lääkkeiden järkevän käytön toteutumisessa on ongelmia kaikilla tasoilla: rakenteissa, organisaatioissa ja tiimien toimintatavoissa. Iäkkäiden lääkehoidon ongelmat johtuvat pitkälti siitä, että potilaan hoito ei ole riittävän kokonaisvaltaista. Hoitovastuut ovat pirstaloituneet, eikä kukaan vastaa lääkehoidon kokonaisuudesta. Tilannetta heikentää potilastietojen puutteellinen kulku. Usein työtä kehittävät yksiköt tai ammattiryhmät, mutta toiminnan kokonaisuutta ei johdeta järjestelmällisesti ja pitkäjänteisesti. Uudistukset tulisi toteuttaa suunnitelmallisesti kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon tasoilla.

Moniammatillinen yhteistyö voi vaihdella *rinnakkain tekemisestä* syvempään yhteisymmärryksen muodostamiseen ja rajanylityksiin perustuvaan *yhdessä tekemiseen*. Rinnakkain tekeminen voi riittää silloin, kun potilaan tilanne on suhteellisen yksinkertainen ja ammattilaiset voivat tehdä laadukkaat hoitopäätökset ilman vuorovaikutusta toisiin ammattilaisiin. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi potilaan lääkehoidon ongelmien tunnistaminen ja ehkäisy, lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistaminen ja lääkityksen tarkistus.

Moniammatillinen lääkehoidon arviointi tai muut lääkehoidon arvioinnin muodot ovat *yhdessä tekemisen* esimerkkejä. Moniammatillinen toimintatapa ja sen kehittäminen ovat keskeisiä keinoja edistää potilaiden kokonaisvaltaista hoitoa.

Moniammatillisen verkoston toiminnan pohjalta voidaan antaa seuraavat suositukset:

- kaikkiin sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja täydennyskoulutuksiin sisällytetään moniammatillisia koulutusjaksoja
- lääkehoidon koulutusta lisätään kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien perus- ja täydennyskoulutuksissa
- uudet moniammatilliset toimintamallit otetaan käyttöön tehokkaasti
 - lääkehoidon ongelmien tunnistaminen ja ehkäisy
 - lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistaminen
 - lääkityksen tarkistus
 - lääkehoidon moniammatillinen arviointi

Tarvitaan laajaa sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota, joka luo edellytykset potilaan kokonaisvaltaiselle hoitamiselle ja moniammatilliselle yhteistyölle.

Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on ennalta-ehkäistä lääkitysongelmien syntymistä, ei korjata niitä jälkikäteen. Valtakunnallisen lääkityslistan nopeaa käyttöönottoa on edistettävä, minkä lisäksi tarvitaan potilas-tietojärjestelmien laajaa integraatiota ja potilastietojen sujuvaa liikkumista potilaan hoitoon osallistuvien tahojen välillä. Myös potilaiden roolia tulee vahvistaa lääkkeiden järkevän käytön edistämisessä.

Lääkkeiden käytön järjeistäminen ei onnistu yksittäisillä tempuilla kuten lääkehoidon arviointityökaluilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon erilaisissa toimintaympäristöissä tarvitaan systemaattista lääkehoidon optimointia, jossa jatkuva seuranta on tärkeää. Lääkkeiden käytön järjeistäminen tarvitsee tuekseen systemaattista laadun johtamista eli toiminnan jatkuvaa arviointia ja kehittämistä. Työtä tukemaan tarvitaan vertailukehittämistä tekevä verkosto ja siihen liittyvä kansallinen koordinaatio.

RESUMÉ

Kumpusalo-Vauhkonen A, Järvensivu T, Mäntylä A (red.). Interprofessionalism i främjandet av rationell läkemedelsanvändning för äldre – nationell utredning och rekommendationer. Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Fimea. Publikationsserien Fimea utvecklar, utvärderar och informerar 8/2016. 63 s. ISBN 978-952-5624-65-6 (pdf).

Läkemedelsvården är en viktig del av vården av äldre. Utöver de önskade verkningarna är läkemedelsvården förenad med många problem. Medicineringsproblem ökar kostnaderna och försämrar patientens livskvalitet. I behandlingen av äldre som behöver flera läkemedel eftersträvas en kontrollerad multimedicinering. Under de senaste decennierna har man försökt främja rationell läkemedelsanvändning för äldre genom utvecklingsprojekt, kvalitetsrekommendationer och ändringar av lagstiftningen. Studier visar att det skulle vara möjligt att lösa merparten av problemen inom läkemedelsvård genom olika typer av utvärderingar och åtgärder, men verkställandet av dem har dock blivit på hälft.

Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Fimea skapade ett nätverk 2012 vars syfte var att främja rationell läkemedelsanvändning för äldre ur ett interprofessionellt perspektiv. Nätverket hade som mål att utveckla och pilotera olika slags modeller för interprofessionellt teamarbete i syfte att optimera läkemedelsbehandlingar av äldre. I föreliggande rapport beskrivs arbetet som det av Fimea koordinerade nätverket utförde åren 2012–2015 och de interprofessionella handlingsmodeller som utvecklades. Rapporten presenterar även nationella rekommendationer om på vilket sätt rationalisering av läkemedelsbehandling av äldre bör främjas interprofessionellt. Rapporten omfattar två delar. I den första delen (kapitlen 2–3) beskrivs det interprofessionella nätverkets verksamhet och resultat. I den andra delen (kapitlen 4–5) beskrivs de rekommendationer som ges utifrån resultatet av verksamheten.

Det interprofessionella nätverket byggdes upp med klusterurval genom att intervjua interprofessionellt arbetande anställda inom socialvården och hälso- och sjukvården runt om i Finland. I nätverket ingick läkare, sjukskötare, farmaceuter och provisorer. I slutet av 2015 bestod nätverkets kärna av 14 interprofessionella team.

Utvecklingsteamet täckte på bred bas patientens hela läkemedelsvårdstyg och representerade verksamhetsmiljöer inom socialvården samt hälso- och sjukvården runt om i Finland. Det var inte nätverkets mål att finna snabba lösningar på enskilda problem inom läkemedelsbehand-

ling utan att utveckla verksamheten på ett övergripande och långsiktigt sätt.

Fimea utarbetade i samarbete med enheten för klinisk farmaci vid Helsingfors universitet en systematisk litteraturoversikt över interprofessionella handlingsmodeller i olika länder. Utgående från översikten ser det ut som att interprofessionella handlingsmodeller främjar ändamålsenligheten i läkemedelsbehandlingar av äldre och bidrar till följsamhet till behandlingen. Utredningen som nätverket lät göra visar att det finns mycket forskningsinformation om problemen med rationell användning av läkemedel. I syfte att rationalisera läkemedelsanvändningen har man grundat arbetsgrupper, utfärdat rekommendationer, inlett utvecklingsprojekt och arrangerat vidareutbildning, men verkställandet har inte varit tillräckligt effektivt.

Betraktat ur en interprofessionell aspekt förekommer det problem på alla nivåer av verkställandet av rationell läkemedelsanvändning: i strukturerna, organisationerna och i teamens förfaranden. Den största orsaken till problem inom läkemedelsbehandlingen av äldre är att behandlingen av patienterna inte är tillräckligt helhetsinriktad. Vårdansvaren är splittrade och ingen ansvarar för läkemedelsbehandlingen som helhet. Bristfällig förmedling av patientuppgifter försämrar situationen. Det är ofta enheter eller yrkesgrupper som utvecklar arbetet, men verksamheten som helhet saknar systematisk och långsiktig ledning. Reformerna bör genomföras metodiskt på alla nivåer av social- och hälsovården.

Interprofessionellt samarbete kan variera från *att arbeta parallellt* till att bilda ett djupare samförstånd och arbeta tillsammans *utgående från gränsöverskridningar*. Det kan räcka med att arbeta parallellt, om patientens situation är relativt enkel och anställda inom hälso- och sjukvården kan fatta vårdbeslut av god kvalitet utan växelverkan med andra i motsvarande ställning. Sådana situationer kan vara exempelvis identifiering och förebyggande av problem i läkemedelsbehandlingen av en patient, granskning av att läkemedelslistan är aktuell och kontroll av medicinering.

Interprofessionell utvärdering av läkemedelsbehandlingen eller andra former av utvärdering av läkemedelsbehandlingen är exempel på *att arbeta tillsammans*. Ett interprofessionellt förfarande och utveckling av det utgör de viktigaste medlen att främja helhetsbetonad behandling av patienterna.

Följande rekommendationer kan utfärdas utifrån det interprofessionella nätverkets verksamhet:

- interprofessionella utbildningsperioder ska inkluderas i all grund- och fortbildning inom socialvården samt hälso- och sjukvården
- utbildning inom läkemedelsbehandling ska utökas i all grund- och fortbildning för yrkesgrupperna inom socialvården samt hälso- och sjukvården
- nya interprofessionella handlingsmodeller ska tas i bruk på ett effektivt sätt
 - identifiering och förebyggande av problem med läkemedelsbehandlingen
 - granskning av att läkemedelsförteckningen är aktuell
 - kontroll av medicineringen
 - interprofessionell utvärdering av läkemedelsbehandlingen

Det krävs bred integration av socialvården samt hälso- och sjukvården som skapar förutsättningar för helhetsinriktad behandling av patienten och interprofessionellt samarbete.

Målet med interprofessionellt samarbete är att förebygga uppkomsten av medicineringsproblem, inte att korrigera dem i efterskott. Snabb ibruktagnings av en läkemedelsförteckning på riksnivå ska främjas och utöver detta krävs en bred integration av patientdatasystemen och smidig överföring av patientuppgifter mellan parterna som deltar i behandlingen av patienten. Även patienternas roll bör stärkas i främjandet av rationell läkemedelsanvändning.

Rationalisering av användningen av läkemedel lyckas inte med enskilda åtgärder som till exempel verktyg för utvärdering av läkemedelsbehandlingen. Systematisk optimering av läkemedelsbehandlingen är nödvändig i de olika verksamhetsmiljöerna inom socialvården samt hälso- och sjukvården och kontinuerlig uppföljning är viktig. Rationalisering av läkemedelsanvändningen ska understödjas av systematisk kvalitetsledning, dvs. kontinuerlig utvärdering och utveckling av verksamheten. Ett nätverk som utför benchmarking och nationell koordinering av det är nödvändigt för att understödja arbetet.

ABSTRACT

Kumpusalo-Vauhkonen A, Järvensivu T, Mäntylä A (eds.). A multidisciplinary approach to promoting sensible pharmacotherapy among aged persons – a national assessment and recommendations. Finnish Medicines Agency Fimea. Serial Publication Fimea Develops, Assesses and Informs 8/2016. 63 p. ISBN 978-952-5624-65-6 (pdf).

Pharmacotherapy forms an important part of the care provided to elderly people. However, in addition to the desired effects, pharmacotherapies involve a number of problems. Pharmacotherapy-related problems increase costs and lower the quality of life. In elderly people requiring multiple medications, controlled polypharmacy is the key objective. Action has been taken in recent decades to promote the sensible use of medication in elderly people. Such action includes development projects, quality recommendations and legislative changes. Studies suggest that most problems related to pharmacotherapies could be solved through assessments and actions, but the implementation of such measures has been inefficient.

In 2012, the Finnish Medicines Agency Fimea set up a multidisciplinary network to promote the sensible use of medicines among elderly people. The objective of this network was to promote and run pilot projects involving multidisciplinary teamwork concepts in order to optimise pharmacotherapies for elderly people. This report describes the work carried out by the network coordinated by Fimea in 2012–2015 and the multidisciplinary models developed. It also provides national recommendations for a multidisciplinary approach to rationalising pharmacotherapies among elderly people. The report consists of two parts. The first part (chapters 2–3) describes the work of the multidisciplinary network and the results achieved. The second part (chapters 4–5) describes the recommendations given on the basis of the results.

The cluster sampling method was used to build the multidisciplinary network. This involved interviews in different parts of Finland with social welfare and health care professionals working in a multidisciplinary environment. The network consisted of doctors, nurses, and pharmacists. At the end of 2015, the core of this network consisted of 14 multidisciplinary teams.

The development teams covered the patient's entire pharmaceutical care pathway and represented social welfare and health care work environments in different parts of Finland. The network's purpose was not to identify quick solutions to individual pharmacotherapy concerns but rather to pursue systematic and comprehensive development in the field.

Together with the Department of Clinical Pharmacology of the University of Helsinki, Fimea compiled a systematic literature review of the multidisciplinary models adopted in different countries. This review suggests that multidisciplinary approaches can improve pharmacotherapies for elderly people, by making them more appropriate and promoting adherence to treatment. The report prepared by the network shows that a wealth of research data is available on problems associated with pharmacotherapies. To rationalise the use of medicines, working groups have been established, recommendations have been given, development projects have been carried out and further education and training have been provided, but the implementation of these has lacked efficiency.

From the multidisciplinary perspective, problems at all levels – structures, organisations and teamwork practices – are preventing the sensible use of medicines. By and large, problems associated with pharmaceutical care of the elderly originate in the lack of a comprehensive care system. Care pathways are fragmented, and no-one is responsible for a person's overall medicinal treatment. The inefficient flow of patient records is a major obstacle to comprehensive care. Development work is typically conducted by specific units or professional groups, but the systematic, long-term development of operations in general is lacking. Any reforms should be implemented systematically at all levels of the social welfare and health care system.

Multidisciplinary collaboration can range from *concurrent care* to deeper *cooperation* across professional or team boundaries. Concurrent care may suffice when the patient's situation is relative simple and care professionals can make decisions and provide high quality care without interacting with other care professionals. Such care provision includes identifying and preventing problems with the patient's medicinal treatment, checking the list of medications to ensure that it is up to date, and checking the patient's medication.

Multidisciplinary assessment and other forms of assessment of pharmacotherapies are examples of *cooperation*. In essence, adopting and developing a multidisciplinary approach promotes the provision of comprehensive care to patients.

Based on the workings of the multidisciplinary network, the following recommendations can be given:

- Multidisciplinary studies should be included in all basic and further education programmes in social welfare and health care
- More training in pharmacotherapies should be provided to all social welfare and health care professionals in basic and further education programmes
- New multidisciplinary models should be adopted effectively
 - Identification and prevention of problems with medicinal treatment
 - The patient's list of medications should be regularly checked to ensure it is up to date
 - The patient's medication should be regularly checked
 - Multidisciplinary assessment of pharmacotherapy

Extensive integration is called for in the social welfare and health care sector, to enable the provision of comprehensive care for patients and multidisciplinary cooperation.

The objective of multidisciplinary cooperation is to prevent problems with medicinal treatment rather than to solve them afterwards. Steps should be taken to accelerate the adoption of a nationwide list of medications, the integration of patient data systems, and the smooth flow of patient records between different care providers. The patient should be given a stronger role in promoting the sensible use of medicines.

It takes more than a single action, such as the use of medicinal treatment assessment tools, to rationalise a patient's pharmacotherapy. Actions such as systematic pharmacotherapy optimisation, including continuous follow-up, are required in various social welfare and health care work environments. Rationalisation of pharmacotherapy must be supported with systematic quality management, in other words the continuous assessment and development of operations. This work should be supported by a benchmarking network and the related national coordination.

KESKEISET KÄSITTEET JA MÄÄRITELMÄT

Farmasisti

Farmasistilla tarkoitetaan tässä raportissa farmasian alan korkeakoulutuksen saanutta henkilöä, farmaseuttia tai proviisorina. Muissa maissa kuin Suomessa on yleensä vain yksi farmasian alan peruskoulutus, jonka suorittaneista kansainvälisessä kirjallisuudessa käytetään termiä ”pharmacist”. Tässä raportissa käytetään farmasian alan ammattilaisesta pääsääntöisesti farmaseutti tai proviisori-nimikettä.

Hoitoon sitoutuminen

Hoitoon sitoutuminen on potilaan vastuullista ja aktiivista itsensä hoitamista terveydentilan edellyttämällä tavalla ja yhteistyössä terveydenhuoltohenkilöstön kanssa (Kynge 1995).

Ikääntynyt väestö

Ikääntynyt väestö tarkoittaa vanhuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 3 §).

Itsehoito

Itsehoidolla tarkoitetaan yksilön omaehtoista toimintaa, jolla hän pyrkii terveytensä säilyttämiseen. Itsehoitolääkkeiden rationaalinen käyttö on osa itsehoitoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a). Itsehoito voidaan jakaa terveyskäyttäytymiseen ja sairauskäyttäytymiseen (World Health Organization 1998). Terveyskäyttäytymistä ovat terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäisyyn liittyvät toimet, sairauskäyttäytymistä puolestaan itse tehty diagnoosi ja sairauden hoito, päätös kääntyä ammattilaisen puoleen, vuorovaikutus ammatillisessa hoidossa ja kuntoutus. Yleisin itsehoidon muoto on itselääkintä, joka sisältää itsehoitolääkkeiden lisäksi muiden kuin lääkevalmisteiden käytön (vaihtoehtoiset valmisteet, kuten ravintolisät ja rohdosvalmisteet).

Itsehoitolääke

Itsehoitolääkkeellä tarkoitetaan lääkettä, jonka saa toimittaa apteekista ilman lääkemääräystä (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 2.12.2010/1088).

Järkevä lääkehoito

Järkevällä lääkehoidolla tarkoitetaan lääkkeiden järkevää käyttöä sairauksien hoidossa. Ks. lääkkeiden järkevä käyttö

Kliininen farmakologia

Kliininen farmakologia on lääketieteen erikoisala, joka edistää yksittäisen potilaan ja koko väestön tehokasta, turvallista ja taloudellista lääkehoitoa. (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus 2012)

Kliininen farmasia

Kliininen farmasia on toimintaa, jossa farmaseutti ja proviisorit huolehtivat potilaan hoidosta optimoimalla lääkehoitoa sekä edistämällä terveyttä, hyvinvointia ja sairauksien ennaltaehkäisyä. (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus 2012)

Kotihoito

Kotona asumista tuetaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palveluilla. Kunta voi yhdistää sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun ja terveydenhuoltolakiin perustuvan kotisairaanhoidon kotihoidoksi. Kotihoidon kokonaisuus muodostuu sosiaalihuoltolain 20 §:n mukaisesta kotipalvelusta ja terveydenhuoltolain (1326/2010) 25 §:ään sisällyvistä kotisairaanhoidon tehtävistä.

Lääke

Lääkkeellä tarkoitetaan valmistetta tai ainetta, jonka tarkoituksena on sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä parantaa, lievittää tai ehkäistä sairautta tai sen oireita ihmisessä. Lääkkeeksi katsotaan myös ihmisen terveydentilan tai sairauden syyn selvittämiseksi taikka elintoimintojen palauttamiseksi, korjaamiseksi tai muuttamiseksi sisäisesti tai ulkoisesti käytettävä valmiste tai aine (Läkelaki 10.4.1987/395, Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 2.12.2010/1088).

Lääkehaitta

Lääkehaitalla tarkoitetaan samaa kuin lääkkeen haittavaikutuksella eli lääkkeen aiheuttamaa haitallista ja muuta kuin aiottua vaikutusta. Ks. lääkkeen haittavaikutus.

Lääkehoidon arviointi

Lääkehoidon arviointi on lääkärin, tarvittaessa muun terveydenhuollon ammattihenkilön avustamana tekemä potilaan lääkehoidon tarpeen ja tarkoituksenmukaisuuden arviointi osana potilaan tutkimusta ja hoidon suunnittelua. (Huom. Muu terveydenhuollon ammattihenkilö voi olla kliininen farmakologi, erityiskoulutettu proviisori tai farmaseutti, tai muu erityiskoulutettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Sisältää lääkärin arvioimat tai vahvistamat tarvittavat korjaustoimenpiteet lääkehoitoon tai lääkärin vahvistuksen siitä, ettei korjaustoimenpiteitä tarvita. Sisältää tarvittaessa suunnitelman lääkitysmuutosten seurannaksi.) (mukaillen lähteestä Peura ym. 2007; Mäkelä-Bengs ym. 2015)

Lääkehoidon kokonaisarviointi

Lääkehoidon kokonaisarviointi on kliinisten asiantuntijoiden ja / tai moniammatillisen ryhmän yhteistyönä tekemä lääkehoidon kokonaisuuden arviointi, joka tapahtuu hoitavan lääkärin päätöksellä lääkehoidon arvioinnin pohjalta ja sisältää lääkehoidon arvioinnin lisäksi lääkehoidon toteuttamisen ja hoitoon sitouttamisen arvioinnin potilaan kotona. (Huom. Kliinisiin asiantuntijoihin ja / tai moniammatilliseen ryhmään kuuluva henkilö voi olla lääkäri, kliininen farmakologi, erityiskoulutettu farmaseutti tai proviisori tai muu erityiskoulutettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Lääkehoidon arvioinnin ja potilaan kotona tehtävän arvioinnin lisäksi kartoitetaan lääkehoidon sosiaaliset ja taloudelliset edellytykset. Sisältää lääkärin vahvistamat tarvittavat korjaustoimenpiteet lääkehoitoon tai lääkärin vahvistuksen siitä, ettei korjaustoimenpiteitä tarvita. Sisältää myös suunnitelman lääkitysmuutosten seurannaksi.) (mukaillen lähteestä Peura ym. 2007; Mäkelä-Bengs ym. 2015)

Lääkehoitoprosessi

Potilaan lääkehoitoprosessi on toimintaketju, johon kuuluvat lääkehoidon tarpeen arviointi, lääkkeen valinta ja toimittaminen, lääkkeen annostelu ja antaminen, potilaan motivointi, neuvonta ja lääkehoitoon sitouttaminen, hoidon seurannan järjestäminen, tuloksen arviointi sekä tiedonkulun varmistaminen potilaalle ja tämän hoitoon osallistuville organisaatioille ja henkilöille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a)

Lääkehoitosuunnitelma

Lääkehoitosuunnitelma on sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikössä laadittu työväline turvallisen lääkehoidon osa-alueiden määrittämiseen ja hallintaan. (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen määräys Sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen toiminta 6/2012)

Lääkehuolto

Lääkehuolto on kokonaisuus, jolla varmistetaan, että saatavilla on tehokkaita, turvallisia ja kohtuuhintaisia lääkkeitä. Tähän kuuluvat lääkekehitys, lääketuotanto, lääkkeiden maahantuonti, lääkkeiden tukkujakelu, lääkkeiden vähittäisjakelu, lääkkeiden määrääminen, lääkkeiden käytön ja lääkehuollon tutkimus, lääkekorvausjärjestelmä, lääkehuollon hallinto, velvoitevarastointi ja huoltovarmuus. Lääkehuolto kattaa sekä avo- että laitoshoidon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a)

Lääkeinformaatio

Lääkeinformaatiolla tarkoitetaan sellaista tietoa lääkkeistä ja lääkehoidoista, joka on kuluttajien ja terveydenhuollon ammattilaisten saatavilla eri tietolähteistä joko kasvotusten, kirjallisesti tai sähköisten palveluiden (esim. puhelin, internet, televisio ja radio) kautta. Lääkeinformaatiota tuottavat esim. viranomaiset, terveydenhuollon ammattilaiset, lääketeollisuus ja potilasjärjestöt. Lääkeinformaatioon sisältyy lääkevalmisteseen ja lääkkeen käyttöön liittyvä informaatio sekä lääkeneuvonta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea 2012). Lääkeinformaation tarkoituksena on varmistaa lääkkeen oikea ja turvallinen käyttö.

Lääkeinformaatiostrategia

Lääkeinformaatiostrategia on Fimean laatima ja julkaiseva, lääkealan toimijoiden haastatteluihin ja lausuntoihin laajasti perustuva dokumentti, joka kuvaa lääkeinformaatiotoiminnan nykytilan ja kehittämistarpeet vuoteen 2020 saakka (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus 2012).

Lääkemääräys

Lääkemääräys on terveydenhuollon ammattihenkilön antama määräys, jonka perusteella apteekki tai sairaala-apteekki voi toimittaa lääkkeen potilaalle. (Mäkelä-Bengs ym 2015)

Lääketurvallisuus

Lääketurvallisuus käsittää pääasiassa lääkkeeseen valmisteen liittyvän turvallisuuden: lääkkeen farmakologisten ominaisuuksien ja vaikutusten tuntemisen ja arvioimisen, lääkkeen laadukkaan valmistusprosessin, sekä valmisteen merkitsemisen ja valmisteseen liittyvän informaation. Lääkkeen tehoa ja turvallisuutta arvioidaan myyntilupamenettelyn avulla. Haittavaikutusten selvittämisen jatkuu myös myyntiluvan myöntämisen jälkeen. (Stakes ja Rohto 2006).

Lääkevalmiste

Lääkevalmiste on lääke, joka on valmistettu tai maahan-tuotu lääkelain mukaisesti, tarkoitettu lääkkeenä käytettäväksi ja jota myydään tai muutoin luovutetaan myyntipak-kauksessa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeiden määräämisestä 2.12.2010/1088)

Lääkityksen tarkistus

Lääkityksen tarkistus on terveydenhuollon ammattihenkilön tekemä potilaan lääkityksen tarkistus, jossa tarkiste-taan vastaavatko lääkkeiden annostukset ja antoajan-kohdat hyväksytyä hoitokäytäntöä, sekä kartoitetaan lääkkeiden mahdolliset päällekkäisyydet ja yhteensopi-mattomuudet. (Huom. Terveydenhuollon ammattihenkilö voi olla sairaanhoitaja, proviisori tai farmaseutti. Ei sisällä lääkeshoidon tarpeen, indikaation tai tarkoituksenmukai-suuden arviointia eikä korjaustoimenpiteitä lääkitukseen.) (mukaillen lähteestä Peura ym. 2007; Mäkelä-Bengs ym. 2015)

Lääkityslista

Lääkityslista on tiedonhallintapalvelun avulla potilaan hoitoon liittyvistä lääkitystiedoista koostettava ja potilas-yhteenvedolla terveydenhuollon ammattihenkilöille näy-tettävä valtakunnallinen lääkityslista. (Lääkitystietoja koostetaan sekä Potilastiedon arkistoon tallennetuista kertomusmerkinnöistä että Reseptikeskukseen tallenne-tuista sähköisistä lääkemääräyksistä ja lääkkeen toimitus-merkinnöistä.) (Mäkelä-Bengs ym 2015)

Lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistus

Lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistus on potilaan, hänen omaisensa tai sosiaali- tai terveydenhuollon toimi-jan yhdessä potilaan tai hänen omaisensa kanssa teke-mä tarkistus, jossa tarkistetaan vastaako potilaan käyttä-mä lääkitys lääkityslistalla olevia tietoja. (Mäkelä-Bengs ym. 2015)

Lääkitysongelmainen potilas

Lääkitysongelmaisella potilaalla tarkoitetaan tässä rapor-tissa potilasta, jolla on lääkityksestään johtuvia haitta-, sivu- tai yhteisvaikutuksia.

Lääkitysturvallisuus

Lääkitysturvallisuus on lääkkeiden käyttöön liittyvä turval-lisuus, joka kattaa sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivi-en yksiköiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa lääkeshoidon turvalli-suus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Lääkitys-turvallisuus käsittää toimenpiteitä lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemiseksi, välttämiseksi ja korjaamiseksi. (Stakes ja Rohto 2006)

Lääkkeen haittavaikutus

Lääkkeen haittavaikutuksella tarkoitetaan lääkkeen aiheuttamaa haitallista ja muuta kuin aiottua vaikutusta. (Fimean määräys 4/2013 Lääketurvatoiminta)

Lääkkeen vakavalla haittavaikutuksella tarkoitetaan kuo-lemaan johtavaa, henkeä uhkaavaa, sairaalahoidon aloit-tamista tai jatkamista vaativaa, pysyvään tai merkittävään toimintaesteisyyteen tai -kyvyttömyyteen johtavaa vaiku-tusta tai synnynnäistä anomaliaa/epämuodostumaa. (Fimean määräys 4/2013 Lääketurvatoiminta)

Lääkkeen odottamattomalla haittavaikutuksella tarkoite-taan haittavaikutusta, jonka luonne, voimakkuus tai seu-raus ei ole yhdenmukainen lääkevalmistetta koskevan valmisteyhteenvedon kanssa. (Fimean määräys 4/2013 Lääketurvatoiminta)

Lääkkeiden järkevä käyttö

Lääkkeiden järkevällä käytöllä tarkoitetaan sitä, että poti-las saa hoidollisiin tarpeisiinsa soveliaat lääkitykset omien yksilöllisten vaatimustensa mukaisina annoksina riittävän ajan ja vähäisimmin kustannuksin hänelle ja yhteiskun-nalle. (World Health Organization 1985).

Moniammatillisuus/moniammatillinen yhteistyö

Sosiaali- ja terveysalalla asiakaslähtöistä, tiimityöskente-lyyn perustuvaa ja yhteisöllistä asiantuntijatyötä kutsu-taan moniammatilliseksi yhteistyöksi (Isoherranen 2012). Siinä potilaan tulee olla keskiössä ja hänen ympärillään olevien sosiaali- ja terveydenhuoltoalan eri ammattilaisten tulee yhdistää osaamisensa potilaan hoidon onnistumi-seksi.

Omahoito

Omahoito on hoitoon sitoutumista edistävä toimintatapa, jossa potilas ohjataan ottamaan itse vastuuta omasta hoidostaan. Tähän liittyy terveyttä säilyttäviä ja edistäviä toimia, sairauden oireiden seuranta ja hoitoa, joilla halli-taan sairauden vaikutusta toimintakykyyn, tunteisiin ja sosiaaliseen elämään (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a)

Osastofarmasia

Osastofarmasia on farmaseuttisen henkilökunnan osas-toilla tekemää lääkeshuoltoon liittyvää työtä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a; Lääkealan turvallisuus- ja kehit-tämiskeskuksen määräys Sairaala-apteenin ja lääkekes-kuksen toiminta 6/2012)

Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuuteen kuuluu terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa potilaan hoidon turvallisuus sekä suojata häntä vahingoittumasta. Potilasturvallisuus on potilaan näkökulmasta sitä, ettei hoidosta aiheudu merkittävää haittaa. Se kattaa hoidon turvallisuuden, lääkitys- ja laiteturvallisuuden osana hoidon laatua (Stakes ja Rohto 2006; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a).

Ravintolisä

Ravintolisällä tarkoitetaan puristeena, kapselina, pastillina, tablettina, pillerinä, jauheena, tiivisteenä, uutteenä, nesteenä tai muussa vastaavassa annosmuodossa myytävää valmiiksi pakattua valmistetta, jota pidetään kaupan elintarvikkeena, jota nautitaan pieninä mitta-annoksina ja josta saatavalla energiamäärällä ei ole merkitystä ruokavalion kannalta. Ravintolisän tarkoitus on sille ominaisten ravintoaineiden tai muiden aineiden vuoksi täydentää ruokavaliota tai muulla tavalla vaikuttaa ihmisen ravitsemuksellisiin tai fysiologisiin toimintoihin. Ravintolisällä ei tarkoiteta valmistetta, joka lääkelain (395/1987) nojalla luokitellaan lääkkeeksi (maa- ja metsätalousministeriön asetus ravintolisistä 78/2010).

Reseptilääke

Reseptilääke on lääke, jonka saa toimittaa apteekista vain lääkemääräyksellä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeiden määräämisestä 2.12.2010/1088)

Riskilääke

Riskilääkkeiksi kutsutaan lääkkeitä, joiden annosteluun, käsittelyyn tai säilytykseen liittyy turvallisuuden kannalta erityisiä riskejä tai väärinkäytön mahdollisuus. (Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 14/2015)

Terveidenhuollon ammattihenkilö

Terveidenhuollon ammattihenkilö on henkilö, joka on lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä perusteella saanut ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö) tai ammatinharjoittamisoikeuden (luvan saanut ammattihenkilö); sekä ko. lain nojalla on oikeus käyttää valtioneuvoston asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu ammattihenkilö). (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559) ja Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/564)

Turvallinen lääkehoito

Turvallinen lääkehoito koostuu lääke- ja lääkitysturvallisuudesta (Stakes ja Rohto 2006).

Yksityinen ja julkinen lääkehuolto

Yksityisellä ja julkisella lääkehuollolla tarkoitetaan tässä raportissa samaa kuin lääkehuolto. Ks. lääkehuolto.

1. JOHDANTO

Lääkehoito on tärkeä osa iäkkäiden hoitoa. Lääkehoidolla voidaan parantaa sairauksia ja vähentää sairauksien aiheuttamaa toimintakyvyn laskua. Toivottujen vaikutusten lisäksi lääkehoidoissa on todettu kuitenkin olevan runsaasti ongelmia. Lääkkeiden lisääntyneestä käytöstä ja siitä johtuvista haitallisista vaikutuksista erityisesti iäkkäisiin potilaisiin on viime vuosikymmeninä raportoitu kattavasti tutkimuskirjallisuudessa (Linjakumpu ym. 2002; Jyrkkä ym. 2006; Hilmer ym. 2007; Jyrkkä ym. 2009; Ahonen 2011; Leikola ym. 2011). Lääkemäärän lisääntyessä kasvaa lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutusten vaara. Esimerkiksi Lampelan ym. vuonna 2007 julkaisemassa tutkimuksessa huomattiin merkittävä lääkkeen haittavaikutus joka neljännellä potilaalla. Riski vakaville lääkkeen haittavaikutuksille lisääntyy henkilön iän mukaan (Peyriere ym. 2003) ja sairaalahoidoista jopa kolmasosa voi olla lääkkeiden haittavaikutusten aiheuttamia (Hanlon ym. 1997, Beijer ym. 2002; Pirmohamed ym. 2004; Budnitz ym. 2011). Joskus lääkkeiden aiheuttamia haittoja yritetään hoitaa toisilla lääkkeillä, jolloin potilaan lääkekuorma kasvaa entisestään (Hartikainen 2008). Liiallinen monilääkitys liittyy vahvasti epätarkoituksenmukaiseen lääkkeiden käyttöön (Fialova ym. 2005; Jyrkkä 2011). Tarpeeton monilääkitys saattaa heikentää potilaan elämänlaatua sekä lisätä lääke- ja hoitokustannuksia. Usein ikääntyneillä monilääkitys on useiden sairauksien vuoksi tarpeellinen ja tällöin päämääränä tulee olla harkittu monilääkitys.

Saastamoisen ja Verhon tutkimuksen (2013) mukaan viisi prosenttia väestöstä aiheuttaa puolet avohuollon lääkehoidon kustannuksista. Puolella näistä potilaista on merkittävä monilääkitys, joka tarkoittaa sitä, että potilaalla on yhtäaikaan käytössä yli 10 lääkettä (Jyrkkä 2009). Saastamoisen ja Verhon tuoreemman tutkimuksen (2015) mukaan lisäksi monilääkityillä potilailla on muita lääkkeiden käyttäjiä enemmän käytössään potentiaalisesti epätarkoituksenmukaisia lääkkeitä kuten antikolinergisiä ja psykotrooppisia lääkkeitä. Lääkkeiden käyttöön liittyvät haitat ja ongelmat saattaisivat olla ehkäistävissä erilaisilla lääkehoidon arvioinneilla (Bulajeva ym. 2014, Saastamoinen ja Verho 2015), mutta systemaattinen lääkehoidon arviointien implementointi terveydenhuollon käytäntöihin on osoittautunut haasteelliseksi. Tästä johtuen potilas-

työtä tekeville sosiaali- ja terveydenhuollon käytännön ammattilaisille potilaiden epätarkoituksenmukaiseen lääkkeiden käyttöön liittyvät ilmiöt ovat edelleen varsin tuttuja.

Tämä selvitys ja sen pohjalta nousevat suositukset on laadittu Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean kokoamassa moniammatillisessa verkostossa. Selvityksessä kuvataan moniammatillisen verkostotyön kautta muodostuneita näkemyksiä siitä, miksi lääkkeiden järkevää käyttöä tukevan tutkimustiedon toimeenpano on jäänyt vajavaiseksi. Terveydenhuollon innovaatiotutkimusten perusteella toimeenpanon puutteet johtuvat monista toisiinsa linkittyneistä rakenteellisista, organisatorisista ja yksilötason toimintaan liittyvistä tekijöistä (Greenhalgh ym. 2004, Damschroder ym. 2009, Denis ym. 2002, Grol ja Grimshaw 2003, Berwick 2003). Nämä tekijät yhdessä vaikuttavat siihen, että toimijat eri tasoilta ja eri ammattiryhmistä eivät tunne riittävästi toistensa työtä. Tällöin muutosta ei koeta omaksi tai ei tiedetä sitä, miten voitaisiin parantaa omaa ja yhteistä toimintaa, jolloin toiminnan johtamisen muutoksesta ei ole haluttu tai kyetty ottamaan vastuuta. Tutkimustiedon toimeenpanon tukemiseksi tämä selvitystyö päätettiin toteuttaa luottamukseen perustuvana verkostomaisena työskentelynä, joka tutkitusti lisää toimijoiden osallisuuden tunnetta ja motivaatiota ratkaista ongelmia pitkäjänteisesti sekä mahdollistaa kehittämistyön rakenteellisten ja organisatoristen esteiden vähittämisen purkamisen (Brass ym. 2004, Dhanaraj ja Parkhe 2006, Greenhalgh ym. 2004, Denis ym. 2002).

Selvityksessä ei oteta kantaa uudistettavan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän rakenteellisiin ratkaisuihin tai sen tuottamismalleihin. Sen sijaan tässä asiakirjassa kuvataan verkostotyön pohjalta syntyneitä, arjen potilastyössä kehitettyjä moniammatillisia toimintamalleja järkevän lääkehoidon edistämiseksi. Näissä malleissa korostuu eri sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden ammatillinen integrointi ja näin mallit soveltuvat tulevaan sotejärjestelmään riippumatta sen ratkaisuista. Selvityksen johtopäätöksenä Fimea antaa suosituksia lääkkeiden järkevän käytön toteuttamiseksi. Näillä pyritään edistämään erityisesti monisairaiden iäkkäiden kokonaisvaltaista hoitoa.

Selvityksen laatimisen tarve ja periaatteet sekä tavoitteet

Tämän selvityksen perustana ovat Lääkepolitiikka 2020 -asiakirjan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a) kolme päälinjausta. Niissä lääkealan toimijat sekä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaiset ovat asettaneet seuraavat lääkepoliittiset tavoitteet:

- Lääkehuolto on osa sosiaali- ja terveyspalvelu-järjestelmää
- Lääkehuolto on laadukasta, vaikuttavaa ja kustannustehokasta
- Rationaalinen lääkehoito ja hyvä lääkitysturvallisuus lisäävät väestön hyvinvointia, parantavat kansanterveyttä sekä vähentävät terveydenhuollon kustannuksia

Päälinjausten tavoitteiden saavuttamiseksi Lääkepolitiikka 2020 -asiakirjassa esitetään useita toimenpide-ehdotuksia. Moniammatillisen toiminnan ja järkevän lääkehoidon edistämiseksi asiakirjassa esitetään muun muassa seuraavia toimenpiteitä:

- Kehitetään saumattomia, asiakaskeskeisiä ja kustannustehokkaita sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapoja lääkehoitojen toteuttamisesta sekä seurannasta alueellisesti ja paikallisesti
- Tehostetaan moniammatillista toimintamallia potilaan lääkeshoidon toteuttamisessa ja neuvonnassa sekä avo- että laitoshoidossa
- Edistetään ja tuetaan lääkeshoidon onnistumista lisääviä keinoja
- Tarkastellaan lääkehoitoa osana potilaan hoitokokonaisuutta ja muistetaan myös asianmukainen ehkäisevä lääkehoito sekä lääkkeettömät vaihtoehdot
- Luodaan ohjeistus lääkeshoidon kokonaisarvioinnin sisällöstä ja tarpeesta sekä määritellään eri ammattiryhmien tehtävät tässä arvioinnissa

Vuonna 2011 julkaistussa Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean strategiassa virasto sitoutui vahvasti Lääkepolitiikka 2020 -asiakirjan tavoitteisiin ja niiden toteuttamiseen. Fimean strategia korostaa lääkealan toimijoiden verkostoitumista ja toimijoiden välistä yhteistyötä tarkoituksenmukaisen lääkeshoidon toteuttamiseksi. Näistä lähtökohdista Fimea alkoi rakentaa vuonna 2012 moniammatillista verkostoa lääkkeiden käytön järkeistämiseksi. Verkoston tavoitteena on ollut edistää moniammatillisten lääkeshoidon järkeistämiseen liittyvien toimintamallien tunnistamista, kehittämistä ja levittämistä sekä käyttöönottoa kansallisesti.

Tässä iäkkäiden järkevää lääkkeiden käyttöä tukevassa selvityksessä

- kootaan yhteen moniammatillisessa verkostossa tehty työ vuosilta 2012–2015
- kuvataan verkostossa kehitettyjä moniammatillisia toimintamalleja eri sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöissä
- esitetään konkreettisia ratkaisuja Lääkepolitiikka 2020 -asiakirjan toimenpide-ehdotuksille tiimi-, organisaatio- ja rakennetasoilla laatimalla kansalliset suositukset moniammatillisesti tehtävästä iäkkäiden lääkeshoidon järkeistämistä

Selvityksen tavoitteina on

- auttaa ruohonjuuritasolla kehitettyjen hyvien moniammatillisten toimintamallien laajamittaista levittämistä ja juurruttamista sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä
- löytää keinoja siihen, että järkevää lääkehoitoa tukevat parhaat toimintamallit otettaisiin käyttöön terveydenhuollon arjessa nykyistä laajemmin
- kehittää järjestelmää lääkepoliittisten tavoitteiden mukaisesti yhä paremmin vastaamaan asiakkaiden tarpeita ja laatuodotuksia
- edistää iäkkäiden järkevää lääkkeiden käyttöä

Tässä selvityksessä on pyritty välttämään päällekkäisyyttä päivitetyn Turvallisen lääkehoito -oppaan kanssa (Inkinen ym. 2016). Siksi Turvallinen lääkehoito -opasta sekä tätä selvitystä on hyvä käyttää rinnakkain toistensa tukena toteutettaessa lääkehoitoa.

2. MONIAMMATILLINEN TOIMINTA LÄÄKKEIDEN JÄRKEVÄN KÄYTÖN EDISTÄMISEKSI

2.1 Lääkkeiden järkevä käyttö

Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän mukaan lääkkeiden järkevällä käytöllä tarkoitetaan sitä, että potilas saa oikeat lääkkeet oikea-aikaisesti, käyttää niitä tarkoituksenmukaisesti ja hyötyy niistä (World Health Organization 1985). Lääkepoliittisten tavoitteiden mukaisesti lääkehuollon keskeinen tavoite on mahdollistaa tehokas, turvallinen, tarkoituksenmukainen ja taloudellinen lääkehoito kaikille sitä tarvitsevalla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a). Tähän rationaalisen lääkehoidon tavoitteeseen voidaan pyrkiä vaikuttamalla lääkehoidon prosessin eri vaiheisiin (**Kuvio 1**), joita ovat muun muassa lääkehoidon tarpeen arviointi, lääkkeen valinta ja määrääminen, lääkkeen toimittaminen apteekissa tai lääkehoidon toteuttaminen terveydenhuollon toimintayksikössä, lääkekustannusten korvaaminen, potilaan ohjaus ja

informointi, lääkkeen käyttö, lääkehoidon seuranta ja lääkehoidon muuttaminen tai lopettaminen. Lääkehoidon toteuttamiseen liittyvä potilasturvallisuuden osa-alue on lääkitysturvallisuus, joka kattaa prosesseja lääkkeen määräämisestä aina lääkkeen antamiseen potilaalle ja siihen liittyvään lääkehoidon vaikutusten seurantaan asti. Lääkehoitoprosessin isosta kokonaisuudesta moniammatillisessa verkostossa keskityttiin kehittämään toimintamalleja lääkitysongelman potilaan tunnistamiseen ja lääkehoidon optimointiin. Kaiken tavoitteena on auttaa terveydenhuollon ammattilaisia järjeistämään ja tukemaan potilaan lääkehoitoa tämän sairauksien kannalta optimaaliseksi. Hoitoonsa voimaantunut potilas osaa seurata hoitonsa edistymistä ja raportoida käyttämiensä lääkkeiden vaikutuksista ja mahdollisista haittavaikutuksiin viittaavista oireista.

Kuvio 1. Järkevän lääkehoidon toteuttaminen lääkehoidon prosessin eri vaiheissa

(Mukaillen Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean lääkeinformaatiostrategia 2012)



* toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava tai johtava lääkäri antaa kirjallisen määräyksen niistä asetuksen 1088/2010 liitteen 1 mukaisista lääkkeistä, joita sairaanhoitaja voi määrätä toimintayksikössä

2.2 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillinen yhteistyö on ollut paljon käytetty ja monimerkityksellinen käsite sosiaali- ja terveydenhuollossa viime vuosikymmeninä (Isoherranen 2012). Kuitenkaan moniammatillista yhteistyötä ei tyypillisesti terminä määritellä mitenkään, vaan sen merkitystä pidetään itsessään selvänä. Tästä syystä moniammatillisen yhteistyön käytännöt vaihtelevat. Lisäksi erilaisten yhteistyömallien käytännön toimivuuteen ei kiinnitetä huomiota riittävästi, eikä yhteistyössä olevia puutteita välttämättä havaita.

Moniammatillista yhteistyötä on määritelty kirjallisuudessa laajasti. Moniammatillinen yhteistyö -käsite koostuu termeistä moniammatillisuus (interprofessional) ja yhteistyö (collaboration) (Isoherranen 2012). Moniammatillisuus sisältää välittävän, toisten olemassaolon ja riippuvuuden huomioon ottavan (inter) ulottuvuuden lisäksi ammatillisuuden tai asiantuntija-ammatin (professional) käsitteen. Käsitteellä yhteistyö viitataan joko yhteistoiminnallisuuteen (collaboration), yhteistyöhön (cooperation) laadullisena sisältötekijänä (Määttä 2006), yhteistyöhön tiimissä potilaan kokonaisvaltaisen hoidon mahdollistavana tekijänä (Øvretveit 1995, Øvretveit ym. 1997, D'Amour ym. 2005) tai yhteistyöhön oppimiskontekstina (Edwards 2011).

Kennyn (2002) kehittämä määritelmä moniammatillisesta yhteistyöstä korostaa kokonaisvaltaista potilasnäkökulmaa ja organisaatorajojen ylittämistä: ”Moniammatillisessa yhteistyössä eri ammattiryhmien tieto ja taito yhdistyvät laaja-alaiseksi ja kokonaisvaltaiseksi tiedoksi potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Siinä korostuu eri ammattiryhmien sitoutuminen yhteistyöhön ja valmius työskennellä yli perinteisten organisaatorajojen, niin että potilas saisi parhaan mahdollisen hoidon.”

Pappas (1994), Payne (2000), Housley (2003) ja Terpstra ym. (2010) näkevät moniammatillisen yhteistyön kehittämisen pyrkimyksenä saada käytäntöön systeemistä lähestymistapaa moninäkökulmaiseen ja kokonaisvaltaiseen päätöksentekoon. Petrin (2010) metatutkimuksen mukaan hyvin toteutunut moniammatillinen yhteistyö hyödyttää potilasta, organisaatiota ja terveydenhuollon tarjoajaa.

Moniammatillinen yhteistyö käsitteenä sisältää kirjallisuuden perusteella useita intensiteettitasoja. Toteutettava moniammatillinen yhteistyömalli voi vaihdella rinnakkain työskentelystä aitoon yhdessä työskentelyyn. Sosiaali- ja terveydenhuollossa työskennellään useimmiten rinnakkain eri ammattiryhmien kesken konsultatiivisesti. Parhaimmillaan moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan kuitenkin monen eri alan ammatillaisen yhdessä työskentelyä. Englannin kielessä käytetään erikseen termejä

interprofessional ja *multiprofessional*. Edellisellä tarkoitetaan yleensä tekemistä, jossa on yhteisesti sovitut tiedonvaihto- ja tapaamiskäytännöt, ja jälkimmäisellä tarkoitetaan rinnakkain tehtävää yhteistyötä. Tämä merkitysten vivahde-ero jää usein suomen kielelle käännettäessä huomiotta.

Moniammatillisen verkoston ensisijaisena lähtökohtana on ollut eri ammattilaisten yhdessä tekemisen edistäminen Isoherrasen (2008) kehittämän määritelmän mukaan: ”Moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata sosiaali- ja terveysalalla asiakas-/potilaslähtöisenä työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan potilaan elämän kokonaisuus ja hänen hoito- ja hoivapolkunsaa. Yhteisessä tiedonkäsittelyssä eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot kootaan yhteen. Vuorovaikutusprosessissa rakennetaan tapauskohtainen tavoite ja yhteinen käsitys (jaettu sosiaalinen kognitio) potilaan tilanteesta, tarvittavista toimenpiteistä ja ongelmien ratkaisuista. Tiedon kokoaminen yhteen tapahtuu joustavasti, sovitulla välineillä ja/tai foorumeilla sovituin toimintaperiaattein. Asiakas/potilas ja/tai hänen läheisensä ovat tarvittaessa mukana keskustelussa.”

2.3 Lääkkeiden järkevää käyttöä tukeva lainsäädäntö ja ohjaus

Lääkehoidon ongelmat ovat kaikkein yleisimpiä monilääkityillä ikääntyneillä. Suomessa ikääntyneen väestön hyvinvoinnin sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen saannin turvaamiseksi on erikseen säädetty lailla (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012). Lain tavoitteena on muun muassa edistää ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista puuttamalla ajoissa toimintakyvyn heikkenemiseen ja sen riskitekijöihin sekä turvata ikääntyneiden palvelutarpeen arviointiin pääsy ja riittävät palvelut.

Vuonna 2013 sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto päivittivät laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013). Laatusuosituksen tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain toimeenpanoa. Laatusuositus tukee myös järkevän lääkehoidon toteuttamista. Suosituksen mukaan henkilökohtainen lääkehoitosuunnitelma, joka sisältää potilaan käyttämät itsehoito- ja reseptilääkkeet, on tehtävä monia lääkkeitä käyttäville henkilöille osana palvelusuunnitelmaa. Tämä lääkehoitosuunnitelma on tarkistettava säännöllisesti, vähintään kerran vuodessa. Potilaan lääkehoidon vaikutuksia on seurattava ja ne on dokumentoitava sekä mahdolliset lääkitysmuutokset on kirjattava potilastietojärjestelmän lääkityslistaan tai muuhun vastaavaan asiakirjaan.

Terveysthuoltolaissa (1326/2010) veloitetaan samaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään kuuluvia kuntia laatimaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, jossa on sovitava muun muassa siitä, miten kunnat ohjaavat moniammatillisen perusterveydenhuollon yksikön toimintaa. Lisäksi suunnitelmassa on sovitava, kuinka yhteistyö toteutetaan viranomaisten, alueen sosiaali- ja terveydenhuollon yksityisten toimijoiden, kuten työterveys- huollon ja lääkahuollon, sekä järjestöjen kanssa. Näin terveydenhuollon järjestämissuunnitelma vahvistaa kuntien perusterveydenhuollon sekä yksityisen ja julkisen lääkahuollon välistä moniammatillista yhteistyötä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä. Terveysthuoltolain voimaantulon yhteydessä lääkahoitosuunnitelman laatimisesta tuli sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille lakisääteinen velvollisuus vuonna 2011. Organisaatioissa lääkahoito perustuu lääkahoitosuunnitelmaan, joka on osa terveydenhuoltolain laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden omavalvonta on keskeisessä roolissa toteutettaessa lääkahoitoa.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen lääkkeen määräämisestä (1088/2010) mukaan lääkkeen määrääjän tulee päättää lääkeshoidosta yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Läkkeen määrääjän tulee antaa potilaalle

riittävät tiedot lääkkeen käyttötarkoituksesta ja käytöstä. Lisäksi asetuksen mukaan lääkkeen määrääjän tulee tarvittaessa olla yhteistyössä potilaidensa yleensä käyttämien apteekkien farmaseuttisen henkilöstön kanssa potilaille annettavan lääkeneuvonnan sekä turvallisen, tehokkaan ja taloudellisen lääkeshoidon toteuttamiseksi.

Keskeisiä toteutettavaa lääkeshoitoa sääteleviä normeja ovat lääkelaki ja -asetus. Läkkelain (395/1987) mukaan apteekista ja sivuapteekista lääkkeitä toimitettaessa on apteekin farmaseuttisen henkilökunnan neuvoilla ja opastuksella pyrittävä varmistumaan siitä, että lääkkeen käyttäjä on selvillä lääkkeen oikeasta ja turvallisen käytöstä lääkeshoidon onnistumisen varmistamiseksi. Fimean lääkeshoidon toimittamisesta annetussa määräyksessä (5/2011) todetaan, että lääkeshoidon toimittamisen yhteydessä on pyrittävä varmistumaan myös kotihoidon, palvelukodin tai muun vastaavan tahon asiakkaiden lääkeshuonasta. Läkkeen määrääjän ja apteekin tulee yhteistyössä varmistaa, että lääkkeen käyttäjä saa yhdenmukaiset ja kattavat tiedot lääkeshuonasta.

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon alalla eri virastot vastaavat järkevän lääkeshoidon edistämistä ja kehittämistä kansallisesti. Tehtävät ja vastuut on kuvattu **taulukossa 1**.

Taulukko 1. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla toimivien virastojen tehtävät ja vastuut lääkeshoidon järkevän käytön edistämiseksi ja kehittämiseksi.

Organisaatio	Keskeiset tehtävät ja vastuut
Sosiaali- ja terveysministeriö	<ul style="list-style-type: none"> Sosiaali- ja terveyspolitiikan suunnittelu ohjaus ja toimeenpano Säädösvalmistelu Uudistusten toteuttamisen ohjaus Läkeshuonapolitiikka 2020 -asiakirjan linjausten toteutuminen
Läkeshuonon turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea (Laki Läkeshuonon turvallisuus- ja kehittämiskeskuksesta 593/2009)	<ul style="list-style-type: none"> Läkeshuonon-epidemiologinen, lääkeshuonopolitiikka ja lääkeshuonon tutkimus, lääkeshuonon hoidollisten ja taloudellisten arviointien tuottaminen ja kokoaminen Läkeshuonon koskevan tiedon kokoaminen, arvioiminen ja välittäminen väestölle sekä terveydenhuollon ammattilaisille Läkeshuonon kehittäminen
Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos THL (Laki Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta 668/2008)	<ul style="list-style-type: none"> Sosiaali- ja terveyspalveluista, sairauksista ja niiden hoidosta syntyvän tilasto- ja rekisteritiedon tuottaminen Väestön hyvinvoinnin ja sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusvaikuttavuustiedon tuottaminen Kansallisen terveysarkiston (Kanta) ja siihen liittyvien palveluiden (mm. sähköinen resepti, Tiedonhallintapalvelu) käyttöönoton ohjaus Potilasturvallisuusstrategian koordinoiminen
Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira sekä aluehallintovirastot (Laki Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta 669/2008)	<ul style="list-style-type: none"> Terveydenhuollon varmennepalvelut ja ammattihenkilöiden valvonta Läkeshuoidon toteuttamisen valvonta sosiaali- ja terveydenhuollossa

2.4 Aiempi kehittämistyö Suomessa

Suomessa on tehty kehittämistyötä järkevän lääkehoidon edistämiseksi 1990-luvulta lähtien. Vuonna 1998 sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti kolmivuotisen hankkeen järkevän lääkehoidon edistämiseksi. Tämän kolmivuotisen ROHTO-hankkeen taustavoimina toimivat sosiaali- ja terveysministeriö, Kela, Lääkelaitos, opetusministeriö, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Kuntaliitto ja Suomen Lääkäriliitto. Hankkeessa kehitettiin lääkehoitoa ja sen hyödyllisyyttä sekä kokonaistaloudellisuutta. Erityisesti hankkeessa kannustettiin lääkäreitä arvioimaan hoitokäytäntöjään erilaisin menetelmin sekä tarvittaessa muuttamaan niitä hoidon tehon, turvallisuuden ja taloudellisuuden kannalta optimaalisemmaksi. Valtakunnallisesti toiminnan näkyvin muoto oli järkevän lääkehoidon käsittely Suomen Lääkärilehden Lääkeinfo-palstalla. Lisäksi järkevää lääkehoitoa edistettiin paikallisissa ROHTO-ryhmissä ja alueellisissa ROHTO-pajoissa. (Helin-Salmivaara ja Sairanen 2001).

Moniammatillisten lääkehoidon arviointikäytäntöjen kehittäminen alkoi Suomessa vuonna 2003 osana TIPPA-projektin jatko-ohjelman suunnittelua. Tässä vuosina 2004–2007 toteutetussa hankkeessa kehitettiin moniammatillinen Lääkehoidon kokonaisarviointi (LHKA)-toimintamalli ja sen toteuttamiseen pätevä täydennyskoulutusohjelma farmaseuteille ja proviisoreille. Hankkeeseen osallistuivat sosiaali- ja terveysministeriö, Kela, Lääkelaitos, Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO, Suomen Apteekkariliitto, Suomen Farmasialiitto, Helsingin yliopisto, Kuopion yliopisto, Farmasian oppimiskeskus ja Kuopion yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus. (Peura ym. 2007). Itä-Suomen yliopiston koulutus- ja kehittämiskeskus Aducat vastaa nykyisin lääkehoidon kokonaisarvioinnin ja lääkehoidon arvioinnin täydennyskoulutusten järjestämisestä Suomessa.

Vuonna 2003 perustettiin ROHTO-hankkeen pohjalta sosiaali- ja terveysministeriön alainen Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO edistämään väestön terveyttä. Sen keskeisiä tehtäviä oli muun muassa koota ja välittää rationaalista lääkehoitoa edistävää tietoa sekä saattaa tieto käytännön toiminnaksi. ROHDOLLA oli tärkeä rooli lääkitysturvallisuustyön käynnistäjänä osana potilasturvallisuustyötä. Se julkaisi vuonna 2007 yhteistyössä Stakesin kanssa Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanaston, jossa on esitetty suomenkielinen lääkitysturvallisuuden käsitteistö. Vuonna 2009 toteutetussa sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan

uudistuksessa ROHDOn järkevää lääkehoitoa tukeva kehittämistoiminta siirtyi Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskukseen Fimeaan. Osa toiminnasta siirrettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen, jonka toiminnassa on painotettu perusterveydenhuollon kehittämistä.

Vuonna 2008 Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto käynnisti iäkkäiden lääkityksen tietokannan valmistelun. Se julkistettiin Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen toimesta vuonna 2010. Sen jälkeen Fimea on kehittänyt ja päivittänyt tietokantaa. Keväällä 2015 tietokannan nimi muuttui Lääke 75+-tietokannaksi. Sen tarkoituksena on tukea 75 vuotta täyttäneiden lääkehoitoa koskevaa kliinistä päätöksentekoa ja parantaa lääkitysturvallisuutta perusterveydenhuollossa.

Ikäihmisten rationaalista lääkehoitoa ja moniammatillista yhteistyötä kehittäneiden kansallisten hankkeiden lähtökohtana voidaan pitää Sirkka-Liisa Kivelän sosiaali- ja terveysministeriölle vuonna 2006 laatimia toimenpideehdotuksia geriatrisen hoidon ja vanhustyön parantamiseksi (Kivelä 2006). Selvityksessä ehdotettiin ikäihmisten moniammatillisen hoidon kehittämistä tukevia ja lääkehaittojen ehkäisyyn tähtääviä hankkeita käynnistettäväksi. Toimenpiteinä ehdotettiin yksilötasoisista lääkehoidon kokonaisarviointia sekä terveydenhuoltoalan eri toimijoiden konsultaatiomahdollisuuksia.

Kivelän selvitystyön jatkoksi koottu asiantuntijatyöryhmä laati vuonna 2007 kuntatiedotteen, jossa veloitettiin kuntia ottamaan vastuu iäkkäiden turvallisesta lääkehoidosta laitospotilaiden ja avohoidossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007). Iäkkäiden turvallisen lääkehoidon lähtökohtana korostettiin moniammatillista yhteistyötä. Tiedotteessa suositeltiin myös konkreettisia keinoja iäkkäiden turvallisen lääkehoidon edistämiseksi. Kuntatiedotteessa painotettiin terveydenhuollon eri ammattilaisten vastuuta ja hyvän ammattitaidon merkitystä mahdollisten lääkehoidon ongelmien tunnistamiseksi.

Kuntatiedotteen jälkeen vuonna 2007 julkaistiin Lääkelaitoksen (nykyisin Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea), Kansaneläkelaitoksen (Kela) ja terveydenhuoltoalan asiantuntijoiden yhteistyönä toimittama iäkkäiden lääkehoitoa käsittelevä KAPSELI -sarjan julkaisu (Kivelä ja Räihä 2007). Tähän julkaisuun oli koottu iäkkäitä koskevat lääkehoitosuositukset terveydenhuollon ammattilaisille.

Vuonna 2008 sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti Toimiva terveyskeskus -ohjelman osana sosiaali- terveydenhuollon kansallista (KASTE) ohjelmaa perusterveydenhuollon kehittämiseksi. Vuosina 2009–2011 toimineessa ohjelmassa korostettiin moniammatillisten toimintamallien käyttöönottoa kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden työpanosten täysimääräisessä hyödyntämisessä potilaiden hoitoon pääsyn helpottamiseksi. Ohjelman kehittämistoimenpiteinä esitettiin terveydenhuollon ammattihenkilöiden työn- ja vastuunjaon uudistamista koulutuksen antaman osaamisen mukaan. Ohjelmassa ehdotettiin esimerkiksi sairaanhoitajien ja fysioterapeuttien vastaanottojen lisäämistä akuuteista tai kroonisista sairauksista kärsivien potilaiden seurannassa. Lisäksi siinä ehdotettiin erityispätevyyden suorittaneiden farmaseuttien tai proviisorien hyödyntämistä potilaiden lääkehoitojen arvioinneissa sekä kansansairauksien ehkäisyssä ja hoidon ohjaamisessa.

Vuonna 2006 sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä laati valtakunnallisen oppaan lääkehoidon toteuttamisesta julkisissa sekä yksityisissä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä. Turvallinen lääkehoito -oppaan tarkoituksena oli yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvä vastuunjako ja määrittää kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä toteutettavat vähimmäisvaatimukset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Oppaassa korostetaan lääkehoitosuunnitelman merkitystä lääkehoidon organisointia ja toteuttamista ohjaavana keinona. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa, kuten sairaaloissa ja terveyskeskuksissa, toimivissa yksiköissä tulee olla lääkehoitosuunnitelma, johon niissä toteutettavan lääkehoidon tulee perustua. Vuonna 2013 sosiaali- ja terveysministeriö antoi Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselle tehtäväksi uudistaa opasta toimintaympäristössä tapahtuneiden muutosten takia. Päivitetty opas ilmestyi vuonna 2016 (Inkinen ym. 2016).

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen lakisääteisiin tehtäviin kuuluu lääkeinformaation kehittäminen. Fimea laati vuonna 2012 yhdessä sidosryhmien kanssa ensimmäisen kansallisen lääkeinformaatiostrategian (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea 2012). Strategiassa tarkastellaan lääkealan toimijoiden yhteistä tahtotilaa ja tavoitteita lääkeinformaation kehittämiseksi. Kansallinen lääkeinformaatioverkosto perustettiin toteuttamaan lääkeinformaatiostrategiaa (http://www.fimea.fi/kehittaminen/laakeinformaation_

kehittäminen/laakeinformaatioverkosto). Lääkeinformaatioverkoston toiminnan tarkoituksena on edistää lääkeinformaatiolla potilaiden järkevää lääkkeiden käyttöä. Lääkeinformaatiostrategia korostaa muun muassa sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden perus- ja täydennyskoulutuksessa painotetaan moniammatillisuutta.

Vuonna 2011 sosiaali- ja terveysministeriön johtama apteekkitoiminnan kehittämistyöryhmä ehdotti lääkeshoidon kokonaisarvioinnin kehittämistä ja sen kustannusvaikuttavuuden tutkimista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b). Työryhmän näkemyksen mukaan palvelulle tulisi laatia valtakunnalliset laatukriteerit.

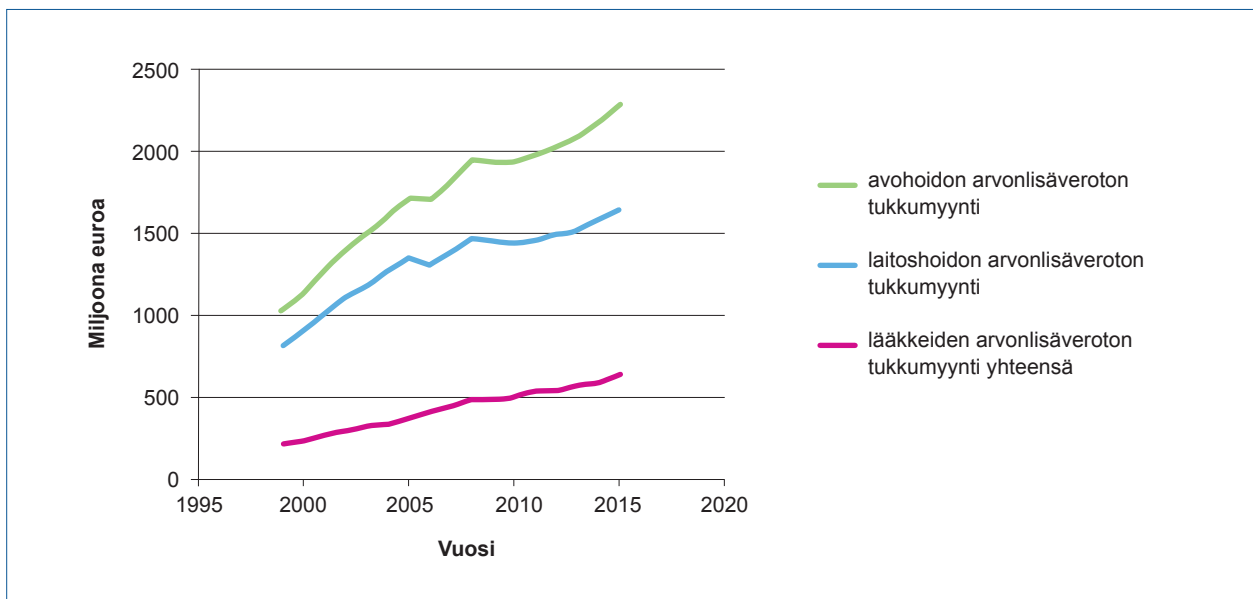
Vuonna 2013 sosiaali- ja terveysministeriö asetti uuden työryhmän selvittämään apteekkijärjestelmän ja muun lääkehuollon kehittämistarpeita sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenteiden muuttuessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015). Työryhmä ehdotti loppuraportissaan lääkehuollolle jatkossa nykyistä laajempaa vastuuta rationaalisen lääkehoidon edistäjänä. Lääkehuollon laaja asiantuntemus ja rooli rationaalisen lääkehoidon toteuttamisessa on otettava huomioon toimeenpantaessa sote-uudistusta. Työryhmän lukuisiin ehdotuksiin sisältyi muun muassa järkevän lääkehoidon toimeenpano-ohjelman toteuttaminen sekä Potilastiedon arkiston (Kanta) Tiedonhallintapalveluun suunnitellun valtakunnallisen lääkityslistan käyttöönoton nopeuttaminen.

2.5 Lääkkeiden käytön nykytilan haasteet ja tavoitetila

2.5.1 Lääkekustannukset ja niiden rajoittaminen

Lääkkeet muodostavat terveydenhuollon kustannuksista 13 prosenttia (http://www.kela.fi/documents/10180/1889281/SLT_2014_net.pdf/c3b5145b-1051-4449-bc21-ee0563eccfc4). Vuonna 2014 lääkemyynti Suomessa oli 2,8 miljardia euroa, josta avohuollon reseptilääkkeet oli 2,0 mrd. (70 %), itsehoitolääkkeet 0,34 miljardia (12 %) ja sairaalalääkkeet 0,51 miljardia (18 %). Sairausvakuutuksesta maksettavien lääkkeiden kustannukset olivat vuonna 2014 yhteensä 1,86 miljardia euroa. Tästä Kelan osuus oli 1,31 miljardia euroa ja potilaiden osuus 0,55 miljardia euroa. Korvauksia maksettiin yhteensä 3,8 miljardilla henkilölle. **Kuviossa 2** on kuvattu lääkekustannusten kasvua vuosina 1999–2015.

Kuvio 2. Lääkkeiden tukkumyynti vuosina 1999–2015.



Lääkekustannusten kasvua on pyritty hillitsemään 1990-luvulta alkaen pääasiassa lääkkeiden hintoihin ja korvattavuuteen sekä korvausjärjestelmään liittyvillä keinoilla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012). Lääkkeiden epätarkoituksenmukaista käyttöä ja kulutusta vähentävät toimenpiteet ovat jääneet vähemmälle huomiolle ja pääsääntöisesti toteuttamatta tämän selvityksen luvuissa 2.3–2.4 kuvatuista lainsäädännöstä, kansallisesta ohjauksesta ja toteutetuista hankkeista huolimatta. Lääkekustannukset ovat jatkaneet kasvuaan erilaisista hintaleikkauksista huolimatta.

2.5.2 Lääkkeiden järkevän käytön haasteet

Lääkkeiden järkevän käytön sekä moniammatillisen työskentelyn nykytilan, keskeisten haasteiden ja tavoitetilan selvittämistä varten Fimea on koonnut aineistoa vuosina 2011–2015 systemaattisilla keskusteluilla eri toimijoiden kanssa. Moniammatillisen verkoston selvitys- ja kehittämistyötä näinä vuosina on ohjannut kaksi keskeistä kysymystä: Mitkä tekijät edistävät ja estävät lääkkeiden järkevän käytön kehittämistä moniammatillisesta näkökulmasta? Miten lääkkeiden järkevää käyttöä edistetään rakenne-, organisaatio- ja tiimityötason toimenpiteillä? (Kuvio 3).

Verkostossa tehdyn selvitystyön perusteella lääkkeiden järkevän käytön esteitä esiintyy sekä tiimityön tasolla että

organisaatioiden ja rakenteiden tasoilla (**Taulukko 2**). Lääkkeiden järkevää käyttöä edistäviä ja estäviä tekijöitä on kuvattu verkoston alkuvaiheen haastatteluiden perusteella tehdyssä opinnäytetyössä (Kallio 2014).

Organisaatioiden ja rakenteiden tasoilla keskeisimmät ongelmat näyttävät liittyvän taloudellisten resurssien vähyteen, kiireiseen työympäristöön, johtamiseen sekä puutteellisiin tietojärjestelmiin. Tiimitasolla keskeisiä ongelmia ovat heikko tiedonkulku ammattilaisten välillä ja toimijoiden asenteet. Lisäksi lääkärin normaalin vastaanottokäynnin aikana voi olla vaikeaa tunnistaa potilaan oiretta lääkitysongelmaksi. Lääkärillä ei ole välttämättä aikaa tarkistaa esimerkiksi antikolinergisten, serotonergisten, sedatiivisten ja kaatumista altistavien lääkkeiden riskimahdollisuuksia tai huomioida lääkkeiden haitta-, sivu- ja yhteisvaikutuksia riittävällä tarkkuudella. Potilaan ikä ja sen aiheuttamat muutokset elimistön fysiologisiin toimintoihin voivat jäädä helposti huomioimatta lääkkeissä ja annostuksissa, minkä takia potilaalla voi olla käytössä iäkkäälle sopimattomia lääkkeitä. Kiireessä potilaalle määrätään liian helposti oireen perusteella lääke ja lääkemääräykset uusitaan pahimmillaan rutiininomaisesti arvioimatta lääkehoitoa hoidon kokonaisuuden kannalta (Lahnajärvi 2006). Vaikka rakennetasolla lainsäädäntö mahdollistaa tai jopa edellyttää terveydenhuollon yksiköiltä moniammatillista ja paikallista yhteistyötä (Terveyden-

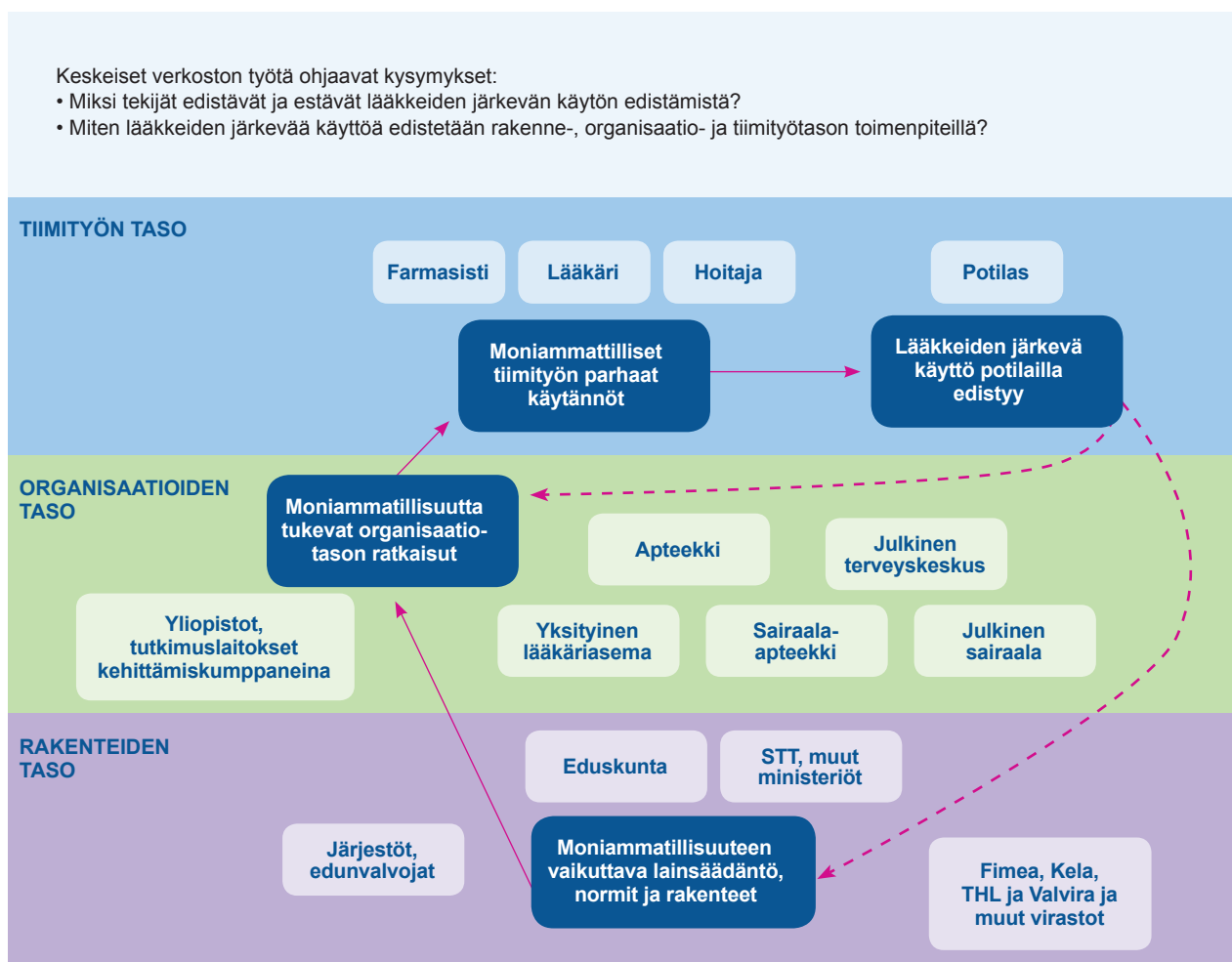
huoltolaissa (1326/2010), niin tästä huolimatta käytännössä lääkehoitojen järjeistämistä ei yleensä toteuteta moniammatillisesti systemaattisesti ja laajamittaisesti. Yhteistyötä estää myös potilaan lääkitystietojen luovuttamiseen ja katseluun liittyvät ammattiryhmäkohtaiset rajotukset (Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 61/2007).

Potilaan lääkityksen kokonaisuuden hallintaa vaikeuttaa merkittävästi potilastietojen puutteellinen kulku terveydenhuollon tietojärjestelmissä. Ajantasainen lääkitystieto ei siirry välttämättä potilaan mukana hänen siirtyessä hoitopaikasta toiseen tai kotihoitoon (Kripalani ym. 2007). Usein potilastyötä tekevät terveydenhuollon ammattilaiset kokevat työlääksi selvittää, millainen on potilaan todellinen käytössä oleva lääkitys. Potilaan lääkityslistat saattavat olla erilaiset terveydenhuollon eri toimipaikoissa. Ajantasaisen lääkitystiedon puuttuminen vaihteli tuoreen Lehnbon ym. 2014 katsauksen mukaan

3–98 prosentin välillä. Kokonaislääkityksen hallinnan haasteet on kuitenkin tiedostettu. Kansallisen Terveysarkiston (Kanta) tiedonhallintapalvelussa tuotetaan vuoteen 2020 mennessä valtakunnallinen lääkityslista. Siihen kootaan reseptikeskusta kattavampi ja paremmin ajantasaisena pidettävissä oleva tieto potilaan lääkityksestä. Tiedot kootaan Reseptikeskuksesta ja Potilastiedon arkiston organisaatiokohtaisista lääkityslistoista sekä tulevaisuudessa mahdollisesti myös potilaan omista lääkityslistoista.

Lisäksi potilaan lääkkeiden järjevän käytön ongelmana voi olla heikko hoitovaste, joka voi johtua siitäkin, että potilas ei käytäkään hänelle määrättyä lääkettä. Hoitopäätöksiä tekevillä ja siihen osallistuvilla terveydenhuollon ammattilaisilla ei kuitenkaan aina ole tietoa potilaan sitoutumisesta lääkehoitoonsa johtuen tiedonkulun haasteista.

Kuvio 3. Moniammatillisen verkoston toimintakenttä.



2.5.3 Toimeenpanoon liittyvät haasteet

Edellä kuvatut ongelmat tuntuvat olevan varsin tuttuja terveydenhuollon ammattilaisille riippumatta siitä, työskentelevätkö he terveyskeskuksissa, sairaaloissa tai yksityisissä terveydenhuollon toimintayksiköissä. Näitä ilmiöitä on kuvattu hyvin myös viime vuosikymmeninä kansainvälisessä ja kotimaisessa kirjallisuudessa (kts luku 1 ja lisäksi Clements ym. 2007, Xyrichis ja Lowton 2008, Weller ym. 2014). Verkostossa syntyneen ymmärryksen mukaan järkevään lääkehoitoon liittyvät ongelmat ovatkin hyvin tiedossa. Tästä huolimatta tutkimustiedon ja muun lääkehoitoon liittyvän parhaan tietämyksen toimeenpanossa on merkittäviä puutteita. Joissakin toimintayksiköissä toiminta on laadukasta, mutta yleisem-

mällä tasolla näyttää siltä, että käytännössä toiminta ei ole lainsäädännön ja suositusten (luvuissa 2.3 ja 2.4) velvoittavalla tasolla valtakunnallisesti. Tämä johtunee siitä, että pirstaloituneessa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä kehittämistyötä tehdään pitkälti ilman toimivaa horisontaalista ja vertikaalista yhteistyötä sekä sen edellyttämää moniammatillisen työskentelyn johtamista. Terveydenhuollon tutkimustiedon perusteella toimeenpanon haasteet liittyvät moniin toisiinsa linkittyneisiin rakenteellisiin, organisatorisiin ja yksilötason tekijöihin (Greenhalgh ym. 2004, Damschroder ym. 2009, Denis ym. 2002, Grol ja Grimshaw 2003, Berwick 2003). Nämä tekijät on esitetty yleisellä tasolla **kuviossa 4**.

Taulukko 2. Järkevää lääkkeitä käyttöö estäviä tekijöitä tiimityön, organisaatioiden ja rakenteiden tasolla.

Tiimityön taso	<p>Henkilöstöresurssit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Henkilöstöresurssien puute • Kiireinen työ • Henkilöstön vaihtuvuus • Kehittämistyölle ei riittävästi aikaa <p>Toimintamallit ja työkalut</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kokonaisvaltaisen hoitovastuun puuttuminen (potilaan hoitovastuu jakaantuu useille eri lääkäreille) • Toimimaton hoitopolku • Vaihtelevat toimintatavat <p>Asenteet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyön puute • Perinteiset roolit ja tavat toimia (muutosvastarinta) <p>Tietojärjestelmät</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaikeakäyttöiset tietojärjestelmät (käytettävissä oleva tieto puutteellista) • Lääkitystietojen kirjaamisen vaihtelevat käytännöt <p>Jatkuvat organisaatiomuutokset</p> <p>Koulutus ja ammattitaito</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osaamisen taso vaihtelee • Riittämätön koulutus
Organisaatioiden taso	<p>Tietojärjestelmät</p> <p>Johtamisjärjestelmä</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jokaisella ammattikunnalla oma linjaesimies/johto • Eri ammattiryhmien työn yhteensovittaminen puutteellista <p>Hoitokäytännöt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pirstaloitunut järjestelmä <p>Rahoituksen niukkuus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terveydenhuollossa uusien ammattiryhmien osaamisen vajavainen hyödyntäminen
Rakennetaso	<p>Tietojärjestelmät</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valtakunnallisen lääkityslistan puute <p>Ohjausjärjestelmä</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kehittämistyön koordinoiminen puute <p>Koulutus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eri ammattiryhmien koulutusohjelmissa vähän yhteistä moniammatillista koulutusta

2.5.4 Lääkkeiden järkevän käytön tavoitteleminen

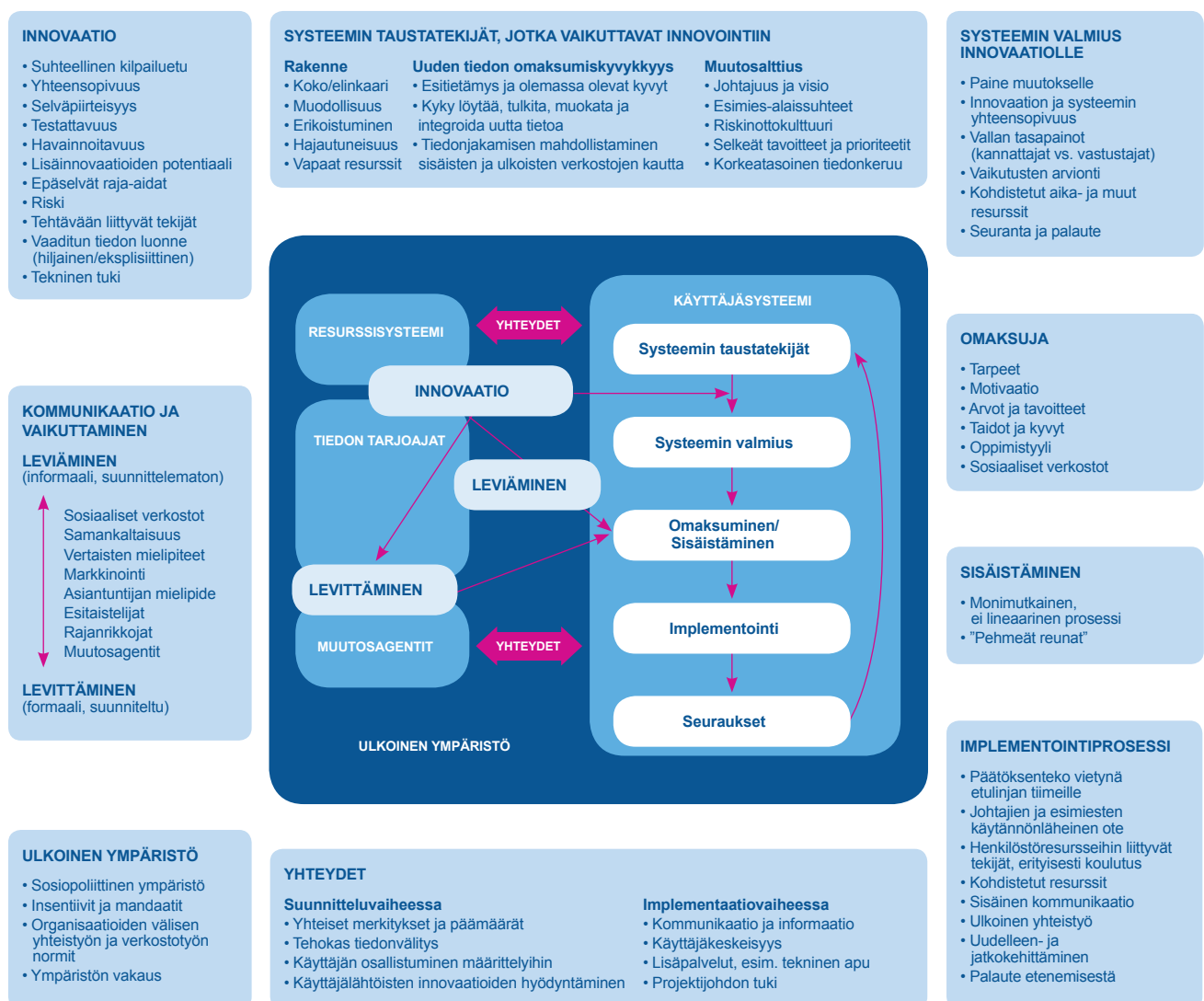
Edellä kuvattuja haasteita ja niiden pohjalta muodostettuja tavoitteita on moniammatillisessa verkostossa jäsen- netty seuraavien kuuden kysymyksen kautta:

1. Missä ja miten tunnistetaan lääkitysongelmainen potilas?
2. Miten tieto liikkuu eri toimijoiden (lääkäri, hoitaja, farmaseutti tai proviisori, sosiaalitoimi ja muut sekä potilas) välillä?
3. Missä lääkitys laitetaan kuntoon? (tai kuka laittaa lääkityksen kuntoon?)
4. Miten lääkitys laitetaan kuntoon?
5. Miten hoidetaan lääkitysmuutosten seuranta?

6. Miten edistetään moniammatillisuutta (linjaohjauksen, verkostotyön ja koulutuksen näkökulmat)?

Tässä selvityksessä ja suosituksissa pyritään esittämään konkreettisia vastauksia näihin kysymyksiin. Kansallisena tavoitteena tulee olla se, että jokaisen potilaan lääkkeitä käyttö on järkevää. Tämä tarkoittaa sitä, että potilas saa hoidollisiin tarpeisiinsa soveliaat lääkitykset omien yksilöllisten vaatimustensa mukaisina annoksina riittävän ajan ja vähäisimmin kustannuksin (WHO 1985).

Kuvio 4. Terveystieteiden tutkimuksissa havaittuja tutkimustiedon toimeenpanoon liittyviä tekijöitä (mukaillen Greenhalgh 2004).



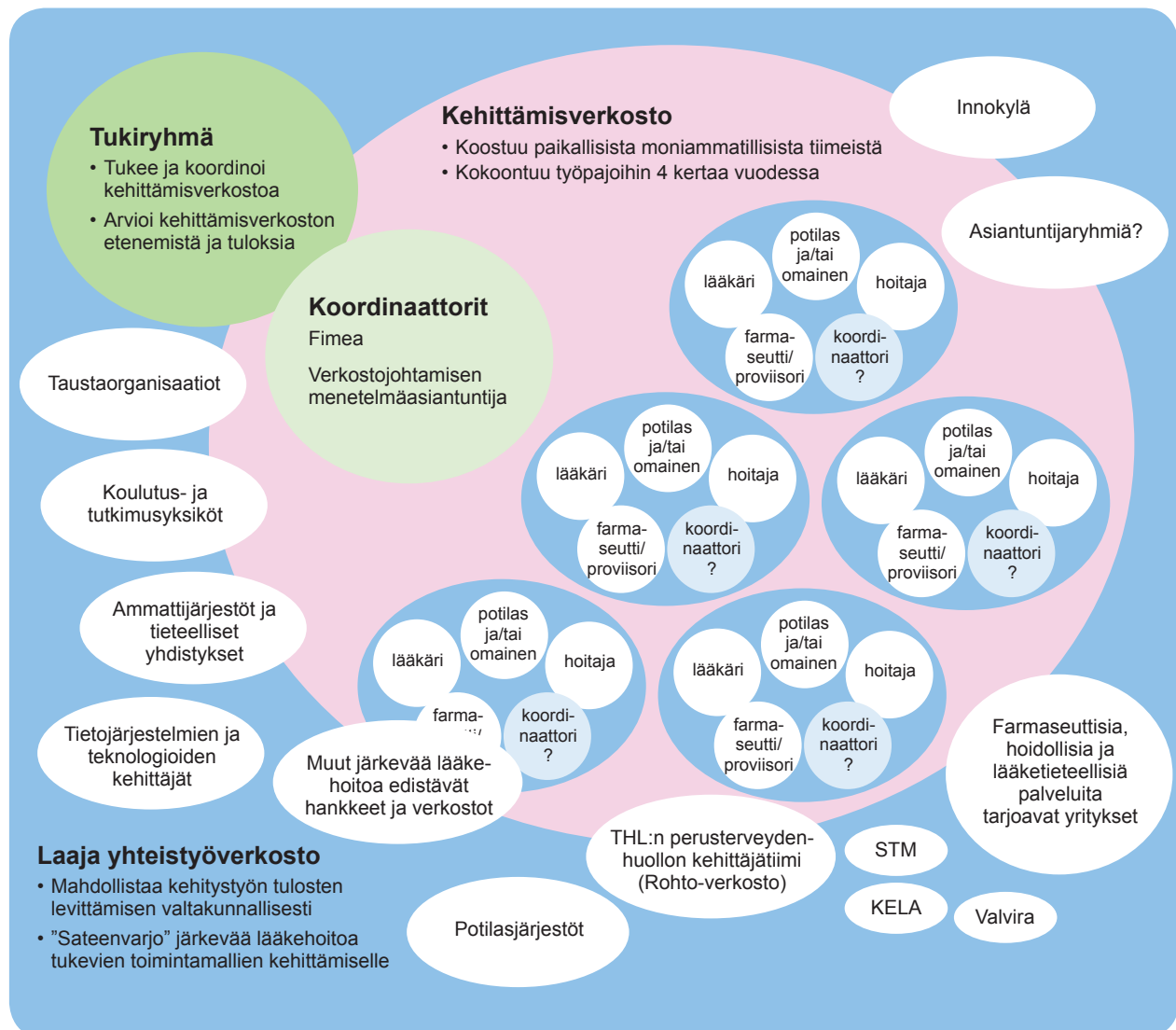
3. SELVITYSTYÖN TOTEUTTAMINEN MONIAMMATILLISESSA VERKOSTOSSA

3.1 Moniammatillisen verkoston kokoaminen

Moniammatillisen verkoston kokoaminen aloitettiin vuonna 2011 haastatteleamalla ryväsotannalla moniammatillisesti toimivia sosiaali- ja terveydenhuollon käytännön toimijoita ja johtoa eri puolilta Suomea. Alkuvaiheessa haastatteluihin osallistui yhteensä noin 100 sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista (lääkäreitä, sairaanhoitajia, farmaseuttia/proviisoria) sekä yksityisistä että julkisista sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköistä. Tapaamiset koostuivat suurimmaksi osaksi ryhmäkeskusteluista

sekä muutamista yksilö- ja parihaastatteluista. Haastattelut ja tapaamiset pidettiin joko terveydenhuollon yksiköissä tai Fimean tiloissa. Verkoston koordinaattorit käyttivät haastattelussa liitteessä 1 kuvattua teemarunkoa. Pääsääntöisesti tapaamiset nauhoitettiin ja lisäksi niistä laadittiin kirjalliset muistiot. Aineistosta tehty laadullinen tutkimus on julkaistu pro gradu -tutkielmassa (Kallio 2014). Verkoston rakentamista jatkettiin alkuhaastatteluiden jälkeen esittelemällä kehittämistyötä ja tuloksia **kuvion 3** mukaan eri tasojen toimijoille.

Kuvio 5. Moniammatillisen verkoston rakenne.



3.2 Moniammatillisen verkoston rakenne ja toiminta

Verkosto koostuu kehittämisverkostosta ja sen ympärillä olevasta laajasta yhteistyöverkostosta sekä koordinoijana toimivasta tukiryhmästä.

3.2.1 Kehittämisverkosto – käytännön toimijat

Verkoston ydin on ollut tiivis kehittämisverkosto. Kehittämisverkoston rungon muodostivat kymmenen kehittämissiimiä, jotka löydettiin alkuhaastattelujen pohjalta syntyneiden kontaktien kautta. Kehittämissiimit pyrittiin valitsemaan siten, että ne kattavat mahdollisimman laajasti koko potilaan lääkehoitopolun ja edustavat erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöjä eri puolilta Suo-

mea. Kehittämissiimeissä on mukana samalla paikkakunnalla toimivia lääkäreitä ja sairaanhoitajia sekä farmaseutteja tai proviisoreita. Esimerkiksi monilääkityn ikääntyneen potilaan lääkehoitoa toteuttavien tyypillisessä toimintaympäristössä, kotihoidossa, työskentelee sairaanhoitajien lisäksi kodinhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia, sosionomeja, sosiaaliohjaajia, fysioterapeutteja, terveydenhoitajia sekä vanhustyön erikoisammattitutkinnon tai geronomin tutkinnon suorittaneita ammatilaisia. He ovat myös osallistuneet paikallisen tiimin kehittämistoimintaan. Kehittämisverkosto on täydentynyt ja kehittynyt ajan myötä. Kolme kehittämissiimiä jäi pois kesken toimintakauden. Kehittämisverkoston muodostivat vuoden 2015 lopussa seuraavat 14 organisaatiota:

Kuvio 6. Moniammatillisen verkoston kehittämissiimit.



Yhteisenä kehittämiskohteena on ollut lääkitysongelmaisen potilaan tunnistaminen ja moniammatillinen lääkeshoidon arviointi kehittämistiimien omista toimintaympäristöissään. Tiimit ovat kokoontuneet kehittämistyönsä tueksi työpajoihin neljä kertaa vuodessa (**Liite 2**). Työpajoissa työstiin kunkin tiimin omaa kehittämistyötä hyödyntäen monipuolisesti tiimien, verkoston koordinaattoreiden sekä ulkopuolisten asiantuntijoiden osaamista. Tiimien toimintaympäristöt, kehittämiskohteet ja potilasryhmät on kuvattu **liitteessä 3**.

Kehittämisyhteistyöön mukaan lähteneiltä tiimeiltä edellytettiin sitoutumista moniammatilliseen yhteistyöhön. Kehitettävän toimintatavan/-mallin tuli olla sellainen, että siihen osallistui lääkäri, sairaanhoitaja, farmaseutti tai proviisori sekä tarvittaessa muita terveydenhuollon ammattilaisia.

3.2.2 Fimean rooli ja tukiryhmä verkostossa

Fimean tehtävänä on ollut lakisääteisten tehtävien mukaisesti rakentaa verkostossa kansallista yhteistyötä lääkeshoidon järkevän käytön edistämiseksi. Yhteistyön rakentamisessa keskeisiksi asioiksi ovat muodostuneet:

- kokonaisymmärryksen muodostaminen järkevän lääkeshoidon moniammatillisen toteuttamisen haasteista tiimi, organisaatio- ja rakennetasoilla
- verkoston tiivistäminen yhdistämällä toimijoita ja asiantuntijoita
- järkevän lääkeshoidon moniammatillisen toteuttamisen kokonaistrategian muodostaminen yhdessä toimijoiden kanssa

Kansallisen yhteistyön rakentamisen lisäksi Fimean roolina on ollut koordinoita verkostoa. Koordinaattoreiden keskeisinä tehtävinä ovat olleet:

- kehittämisyhteistyön kokoaminen ja ylläpitäminen
- työpajojen suunnittelu ja toteutus
- kehittämistiimien tuki
- kehittämisrahoituksen hankinnan avustaminen

Koordinaattorien tukena on toiminut verkoston tukiryhmä. Tukiryhmän (**Liite 4**) tehtävänä on ollut auttaa rakentamaan kansallista yhteistyötä niin, että lääkeshoidon järkevää käyttöä kehittävä paikalliset, alueelliset ja valtakunnalliset tahot Suomessa toimitivat samojen tavoitteiden mukaisesti.

3.2.3 Laaja yhteistyöverkosto – rakennetaso toimijat

Laaja yhteistyöverkosto koostuu sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoista ja johdon edustajista. Rakennettaessa kansallista yhteistyötä lääkeshoidon järkevän käytön edistämiseksi toimijoita on yhteisissä tapaamisissa samalla sitoutettu kehittämisyhteistyöhön. Rakennetasolla on käyty

keskusteluita keskeisten sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan viranomaisten kanssa (**Taulukko 1**). Tämän lisäksi verkoston koordinaattorit ovat keskustelleet sosiaali- ja terveydenhuollossa ja erityisesti sen kehittämistyössä aktiivisesti toimivien asiantuntijoiden ja keskeisten päättäjien kanssa. Näissä tapaamisissa mukana olleet organisaatiot on kuvattu liitteessä 5. Tapaamisissa on pyritty kirkastamaan paikallisia, alueellisia ja valtakunnallisia kehittämistavoitteita. Yhteydenpidoissa on luotu pohjaa verkoston kehittämistyön tulosten levittämiseksi valtakunnalliseksi toiminnaksi. Lisäksi keskustelut ovat olleet osa tämän kansallisen selvityksen valmistelua.

Laaja yhteistyöverkosto on järjestänyt vuosittain seminaarin kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille. Seminaarien sisällöt ja ohjelmat on kuvattu liitteessä 6. Tilaisuuksissa on kerrottu verkoston työstä ja kehittämistyön myötä lisääntyneestä ymmärryksestä.

3.3 Moniammatillisen verkoston menetelmät

Onnistunut kehittäminen ja kehitystyön toimeenpano sosiaali- ja terveydenhuollon monimuotoisessa kokonaisuudessa edellyttävät hyvää verkostotyötä. Moniammatillisen verkoston kehittämistyössä onkin pyritty hyödyntämään verkosto- ja innovaatiotutkimuksissa hyviksi todettuja toimintamalleja (ks. esim. Brass ym. 2004, Dhanaraj ja Parkhe 2006, Järvensivu ym. 2012, Järvensivu ja Möller 2009). Tutkimusten mukaan kehittämistyön keskeinen onnistumisen edellytys on toimijoiden välinen luottamus ja sitoutuminen. Keskinäinen luottamus ja sitoutuminen yhteistyöhön edistävät tiedon liikkumista, uuden tiedon luomista, hyvien yhteisten käytäntöjen ja toimintamallien syntymistä sekä käyttöönottoa. Kyky kehittää kaikille osapuolille hyödyllisiä yhteisiä ratkaisuja kasvaa. Yhteiset onnistumiset puolestaan syventävät keskinäistä luottamusta ja sitoutumista, mikä edelleen parantaa mahdollisuutta löytää yhteisiä ratkaisuja. Hyvät tulokset myös innostavat uusia toimijoita mukaan verkostoon, mikä lisää mahdollisuuksia hyödyntää uutta tietoa sekä levittää ja juurruttaa hyviä käytäntöjä. Seurauksena on parhaimmillaan jatkuvasti syvenevä uuden yhteisen tiedon luomisen ja tiedon toimeenpanemisen kehä. Kuitenkin usein liikelle lähdetään ratkaisukeskeisesti ennen kuin luottamus- ja sitoutumispohja on kunnossa, milloin hyvätkin ratkaisut voivat jäädä vaille toimijoiden tukea. Pahimmillaan keskinäinen epäluottamus estää tiedon liikkumista samalla, kun sitoutumisen puute näivettää ratkaisujen toimeenpanoa.

Moniammatillisessa verkostossa on pyritty toimimaan edellä kuvatun verkostotyön mallin mukaisesti. Verkostossa ei ole haettu nopeita ratkaisuja olemassa oleviin lääkeshoidon ongelmiin. Tavoitteena on ollut sen sijaan tukea

ensisijaisesti toimijoiden välisen keskinäisen luottamuksen ja sitoutumisen syntymistä sekä yhteisen osaamisen rakentumista siten, että toimijoiden kyky ja mahdollisuudet ratkaista omat ja verkoston yhteiset haasteet ovat kehittyneet pitkäjänteisesti.

Verkoston innovatiivisuuden edistäminen edellyttää oikeanlaisia rakenteita ja prosesseja. Rakenteisiin voidaan lukea verkoston toimijat ja resurssit, toimijoiden väliset roolitukset, kirjalliset ja kirjoittamattomat sopimukset sekä yhteistyön kannustimet. Näiden rakenteiden tukemana verkostotyö kehkeytyy jatkuvana prosessina, jossa luottamus ja sitoutuminen ovat jatkuvasti muutoksessa.

Verkostotyön prosessi etenee harvoin lineaarisesti, mutta siitä voidaan tunnistaa muutamia keskeisiä vaiheita (kts. Järvensivu ym. 2012):

- Kehittämishaasteen kartoittaminen ja yhteistyön tarpeen tunnistaminen.
- Tarvittavien kumppanien kartoittaminen ja kutsuminen yhteistyöhön.
- Yhteisten tavoitteiden, toimintatapojen ja motivaation löytäminen.

- Yhteistyön edistäminen sovittuihin tavoitteisiin ja toimintatapoihin nojaten.
- Toiminnan ja tavoitteiden saavuttamisen arviointi ja seuranta yhdessä.

Moniammatillisen verkoston rakenteita, prosesseja ja toimintamalleja on pyritty jatkuvasti parantamaan.

Verkostoitumista ja toimijoiden osallisuuden tunnetta on pyritty syventämään dialogisilla työskentelytavoilla, joissa tietoa ei vain siirretä toimijalta toiselle, vaan tietoa pyritään luomaan yhdessä. Keskeinen periaate on ollut oppia kokeilemalla, sillä kaikkea ei ole voitu suunnitella etukäteen – vain aktiivisesti kokeilemalla voidaan tietää, mikä toimii ja mikä ei. Tämä on käytännössä tarkoittanut iteratiivista *suunnittele–testaa–arvioi–uudelleensuunnittele* -prosessia niin verkostotyön sisältöjen (lääkkeiden järkevä käyttö moniammatillisena työnä) kuin toimintatapojenkin osalta (verkostomainen kehittäminen ja toimeenpano).

4. SELVITYSTYÖN TULOKSET

Moniammatillisessa verkostossa tehdyn selvitystyön perusteella järkevän lääkehoidon edistäminen vaatii kehittämistä rakenne-, organisaatio- ja tiimityötaidoilla. Lääkäiden epätarkoituksenmukainen lääkehoito ja sen ongelmat johtuvat pitkälti siitä, että terveydenhuolto ja sen hoitokäytännöt eivät tue tällä hetkellä potilaan kokonaisvaltaista hoitoa riittävästi. Edelleen tilannetta heikentää potilastietojen puutteellinen kulku sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmissä. Usein kehittämistyö rajoittuu yksiköihin tai sitä tehdään ammattiryhmittäin eikä kokonaisuutta johdeta järjestelmällisesti ja pitkäjänteisesti.

Moniammatillinen toimintatapa ja sen kehittäminen ovat keskeisiä keinoja edistää potilaiden kokonaisvaltaista hoitoa. Moniammatillisen verkoston toiminnassa keskeistä on ollut ratkaista tiimityön tason ongelmia. Verkoston ymmärryksen mukaan todelliset ongelmat ovat syvällä järjestelmässä. Tämän vuoksi niiden ratkaisemiseen tarvitaan jatkossa vahvaa kokonaisvaltaista ohjausta sekä systemaattista ja pitkäjänteistä lähestymistapaa. Tässä selvityksessä ei ole kuitenkaan lähdetty ratkaisemaan yksityiskohtaisesti terveydenhuollon rakenne- ja organisaatiotason ongelmia, vaan se kuuluu suurempaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen kokonaisuuteen.

4.1 Laaja integraatio moniammatillisen yhteistyön kehittämisen perusta

Laaja sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio on välttämätön lähtökohta potilaan kokonaisvaltaiselle hoitamiseksi. Se mahdollistaa parhaiten eri ammattilaisten yhdessä työskentelyn, mikä on keskeistä moniammatillisessa yhteistyössä. Moniammatillisesti tehtävä lääkehoidon arviointi on lääkärin työn tueksi kehitetty yksi toimintamalli, jolla voidaan optimoida potilaan lääkehoitoa. Lääkärin lisäksi siihen osallistuvat potilaan voinnista riippuen farmaseutti tai proviisori sekä muut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt. Tässä toimintamallissa eri ammattiryhmien osaamiset täydentyvät kokonaisvaltaiseksi tiedoksi, mikä auttaa potilaan hoitoa koskevaa päätöksentekoa tehokkaasti. Moniammatillisella toiminnalla pyritään tukemaan myös potilaan omahoitoa mahdollisuuksien mukaan. Siksi potilaan tai hänen omaisensa kuuntelu ja heidän kanssa käyty keskustelu lääkehoidosta ovat myös tärkeä osa toimintamallia.

Tässä selvityksessä ei oteta kantaa integroidun sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän tuottamistapaan. Esi-

merkiksi moniammatilliseen lääkehoidon arviointiin osallistuvan farmaseutin tai proviisorin asiantuntemus voidaan hankkia julkiselta toimijalta, avohuollon apteekista tai lääkehoidon arviointipalveluja tarjoavalta yritykseltä.

4.2 Moniammatillisuuden eri asteet

Potilaan järkevä lääkkeiden käyttö perustuu potilaan tai hänen omaisensa, lääkärin, apteekin ja lääkehoitoa toteuttavan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön väliseen yhteistyöhön. Moniammatillisen yhteistyön tarkoituksena on varmistaa kaikkien lääkehoidon kannalta oleellisten ammattiryhmien toimijoiden asiantuntemuksen hyödyntäminen potilaan hoidon optimoimisessa. Siksi moniammatillinen yhteistyö edellyttää eri ammattiryhmien toimijoilta toistensa osaamisen tuntemista. Käytännössä toimijoiden kannattaa etsiä aluksi toimijoiden kalentereista säännöllisesti esimerkiksi viikoittain toistuva yhteinen tapaamisaika. Vasta toisen osaamisen tunnistaminen ja siihen luottaminen mahdollistavat kunkin ammattiryhmän osaamisen täysipainoisen hyödyntämisen. Tiimin sisäisessä toiminnassa luottamus rakentuu avoimella kommunikatiolla. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää siihen osallistuvilta toimijoilta sekä lääkehoitoprosessin eri vaiheiden että hoidon kokonaisuuden hallintaa.

Moniammatillinen yhteistyö voi vaihdella tiedonvaihtoon perustuvasta ja ilman ammattiryhmien rajanylityksiä tapahtuvasta *rinnakkain tekemisestä* syvempään yhteisymmärryksen muodostamiseen ja rajanylityksiin perustuvaan *yhdessä tekemiseen* (Isoherranen 2012). Rinnakkain tekeminen riittää yleensä silloin, kun potilaan tilanne on suhteellisen yksinkertainen ja ammattilaisten on mahdollista muodostaa oikea tilannekuva ja tehdä omaan ammattialaan liittyvät hoitopäätökset ilman vuorovaikutusta toisten ammattilaisten kanssa. Tässä selvityksessä esitellyistä lääkehoidon järjeistämisen toimintamalleista potilaan lääkehoidon ongelmien tunnistaminen ja ehkäisy (luku 4.2.1), lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistaminen (luku 4.2.2) ja lääkityksen tarkistus (luku 4.2.3) ovat esimerkkejä löyhästä yhteistyöstä.

Moniammatillisessa verkostossa on vahvistunut näkemys siitä, että *yhdessä tekemistä* tarvitaan silloin, kun potilaan tilanteen selvittäminen ja hoitopäätösten tekeminen vaativat ammattilaisten keskinäistä vuoropuhelua. Erityisesti monisairaiden vaikeiden lääkehoidon ongelmien ratkaisemisessa moniammatillisen yhteistyön keskeinen elementti

on päätöksien muodostaminen yhdessä. Tässä selvityksessä esitellyistä lääkehoidon järjestämisen toimintamalleista moniammatillinen lääkehoidon arviointi tai muut lääkehoidon arvioinnin muodot ovat *yhdessä tekemisen* esimerkkejä (luku 4.2.4).

Tutkittua tietoa muiden maiden eri toimintaympäristöissä toteutetuista moniammatillisista toimintamalleista on koottu sosiaali- ja terveysministeriö julkaisemaan kirjallisuuskatsauksen (Kiiski ym. 2016). Järjestelmällisessä kirjallisuuskatsauksessa tuli esille perustellusti erilaisia ja eritasoisia moniammatillisia lääkehoitojen arviointikäytäntöjä, koska niitä on kehitetty erilaisissa toimintaympäristöissä ja erilaisiin käyttötarkoituksiin. Tässä selvityksessä halutaankin korostaa sitä, että ei ole olemassa yhtä ainoaa oikeaa tapaa arvioida lääkehoitoa moniammatillisesti. Järjestelmälliseen kirjallisuuskatsaukseen on lisäksi koottu tietoa toimintamallien vaikutuksista ja vaikuttavuudesta sekä kokemuksia niiden hyödyistä ja toteuttamiseen liittyvistä haasteista.

Moniammatillisen yhdessä tekemisen syvimpänä muotona voidaan pitää dialogista yhdessä tekemistä. Tällöin hoitotiimissä on avointa dialogista vuoropuhelua (Isaacs 2001; Heikkilä ja Heikkilä 2000, Sydänmaalakka 2009). Tällaisessa dialogisessa vuoropuhelussa tiimin jäsenet, kuten esimerkiksi lääkäri, sairaanhoitaja ja farmaseutti tai proviisori, pohtivat potilaaseen liittyviä asioita avoimesti yhdistäen samalla tietotaitoaan ja asiantuntemustaan hoitopäätöskeskustelussa optimoidessaan potilaan hoitoa. Avoin dialogi on toisten aitoa kuuntelemista, suoraan puhumista ja oman asiantuntemuksen avointa jakamista sekä yhdessä ajattelemista ja reflektointia. Siinä pyritään syventymään potilaan lääkehoidon ongelmiin mahdollisimman laaja-alaisesti ja perusteellisesti sekä ratkaisemaan ne yhdessä. Dialogin tarkoituksena on herättää uusia yhteisiä oivalluksia aktiivisen vuoropuhelun kautta. Tähän vuoropuheluun sisältyy paitsi käsitteellisen tiedon, myös hiljaisen tiedon yhdistämistä tai uudelleenjäsentämistä. Parhaimmillaan dialogi edistää paitsi käytännöllisen ja rationaalisen, myös tunnetason synergian löytämistä. Dialoginen yhdessä tekeminen voi olla voimakasta yhteisen läsnäolon kokemista. Se on dialogia ”tässä ja nyt” – se voi olla sitä myös virtuaalisesti, ajasta ja paikasta riippumatta. (Sydänmaalakka 2009, 198.)

Dialogisessa yhdessä tekemisessä vastuu ymmärretään yhteisenä, vaikka lääkäri lainsäädännöllisesti päättääkin lääkehoidosta ja vastaa potilaan hoidon kokonaisuudesta. Sairaanhoitajien ja muiden hoitajien merkitys korostuu lääkehoidon vaikutusten seurannassa, kuten esimerkiksi lääkehaittojen tunnistamisessa. Hoitajien havainnointi ja seuranta lääkehoidon vaikutuksista potilaan toimintaky-

kyyn lisää merkittävästi lääkitysturvallisuutta. Tämän lisäksi moniammatillisessa tiimissä farmaseutti tai proviisori voi arvioida potilaan lääkehoitoa huomioiden potilaan klinisen tilanteen. Hoitajat ja farmaseutit tai proviisorit tukevat lääkärin hoitopäätösten tekoa omilla asiantuntijuuksillaan. Tarvittaessa moniammatilliseen tiimiin voidaan pyytää myös muita sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia, esimerkiksi fysio- tai ravitsemusterapeutteja, suun terveydenhuollon ammattilaisia ja sosiaalityöntekijöitä.

Verkoston mukaan moniammatillinen yhteistyö edellyttää siihen osallistuvilta toimijoilta hyviä vuorovaikutus-, viestintä- ja neuvottelutaitoja. Yhteistyökyky eri toimijoiden kanssa on osa jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimijan osaamista. Moniammatillista yhteistyötä on opittu pääsääntöisesti työkokemusten kautta. Hyvien vuorovaikutus-, viestintä ja neuvottelutaitojen kehittymisen koettiin edellyttävän myös analyyttistä pohdintaa ja kykyä reflektoida moniammatillisia yhteistyökokemuksia. Moniammatillinen työtapana usein motivoi ja sitouttaa henkilökuntaa, koska se lisää toimijoiden työnhallintaa. Motivoitunut ja työhönsä sitoutunut henkilökunta on usein myös pysyvää henkilökuntaa, joka tällöin todennäköisemmin tuntee potilaan ja näin ollen pystyy motivoimaan ja sitouttamaan myös hänet omahoitoon paremmin kuin vaihtuva henkilökunta. Monet moniammatillisen yhteistyön haasteet ovat voitettavissa, kun toimijoilla on innostusta ja halua kehittyä. Tällöin moniammatillisen yhteistyön kontekstissa yksilön ominaisuuksista, innostuksesta ja halusta kehittyä tulee myös tiimin ja työyhteisön ominaisuuksia.

Moniammatillisen yhteistyön eri toimintamallit sitovat resursseja eri tavoin. Toimintatavat eivät ole toisensa poissulkevia, vaan toimintaympäristön ja käytettävissä olevien resurssien mukaan voidaan päättää kulloinkin toteutettavasta toimintatavasta. Rinnakkain tekeminen voi olla tehokasta ja taloudellista silloin, kun ratkaistaan yksittäiseen lääkkeeseen liittyviä ongelmia tai haittoja. Joskus rinnakkain tekeminen voi kuitenkin johtaa kokonaisnäemyksen puutteesta uusiin ongelmiin, minkä seurauksena voi olla potilaan hoitokierteen jatkuminen ja kokonaistilanteen vaikeutuminen. Yhdessä tekeminen on usein haasteellisempaa järjestää kuin konsultatiivinen rinnakkain tekeminen, ja varsinkin syvällisen dialogin vaatiman yhteisen ajan löytäminen eri ammattilaisten kalentereista voi tuntua lähes mahdottomalta. Verkostossa saatujen kokemusten mukaan alkuun kannattaa lähteä etsimällä toimijoiden kalentereista säännöllisesti esimerkiksi viikoittain toistuva aika, kuten lääkemääräysten uusintaan varattu aika. Sen jälkeen joka toinen viikko osa uusintaan varattua ajasta käytetään lääkehoidon arviointiin niillä potilailla, joilla on epäilty olevan lääkehoidon ongelmia.

Verkoston kokemuksen mukaan organisaatioiden voi olla taloudellisesti järkevää kohdentaa moniammatilliset lääkehoidon arvioinnit esimerkiksi monilääkittyihin ikääntyneisiin.

4.2.1 Lääkehoidon ongelmien tunnistaminen ja ehkäisy

Lääkitysongelman potilaan voi tunnistaa kuka tahansa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen yksin tai yhdessä muiden kanssa. Lääkitysongelmia voi epäillä myös potilas itse tai omainen. Lääkehoidon ongelmia voidaan tunnistaa paitsi normaalissa potilastyössä myös erillisellä laajemmasta potilasjoukosta tehtävällä seulonnalla. Tätä varten Suomessa on kehitetty paikallisesti paljon erilaisia seulontatyökaluja eri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Yhtenä esimerkkinä voidaan mainita validoitu seulontatyökalu, jolla kotihoidon lähi- ja perushoitajat voivat tunnistaa ja ohjata lääkitysongelman iäkkään lääkärin tai moniammatillisen tiimin arviointiin (Dimitrow ym. 2014).

Verkoston moniammatilliset tiimit ovat kehittäneet omia työkaluja lääkitysongelman tunnistamiseen. Näitä työkaluja yhdistämällä verkostossa on pyritty löytämään yksinkertaisia hektiseen potilastyöhön soveltuvia kriteerejä. Tiimien arjen työssä käytännölliseksi koettuja kriteerejä ovat:

- Potilaan säännöllisesti ja/tai tarvittaessa käytössä oleva lääkemäärä on 10 tai enemmän. Tällöin puhutaan merkittävästä monilääkityksestä (Jyrkkä 2011).
- Potilaalla on käytössä riskilääkkeitä (ISMP 2015a, ISMP 2015b).
- Potilaan lääkkeiden otossa ilmenee ongelmia.
- Munuaistoimintaa mittaava laskennallinen GFR-arvo esimerkiksi CKD-EPI -yhtälöä (Levey ym. 2009) käyttäen on ≤ 60 ml/min/1.73 m². Tämä viittaa kohtalaiseen tai vaikeaan munuaisten vajaatoimintaan (National Kidney Foundation 2002).
- Potilas valittaa huimausta, hänellä on todettu kaatumista huimauksen takia tai mitattu ortostaattinen hypotensio.
- Potilaan voinnissa tapahtuu äkillinen huononeminen.
- Potilas käyttää huomattavasti enemmän (esimerkiksi 50 %) sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita (esimerkiksi lääkärissä käynnit, päivystyskäynnit, kotipalvelun käyttö) kuin keskimäärin samanikäiset kuntalaiset.

Tieto lääkehoidon ongelmista tai niiden epäilyistä välitetään lääkärille, jolloin hän voi muuttaa potilaan lääkkeitä joko suoraan saamiensa tietojen perusteella tai tarvittaessa tehdä hoitopäätökset vasta keskusteltuaan ensin hoitajan ja farmaseutin tai proviisorin kanssa. Mikäli ammattihenkilöt käyttävät samaa potilastietojärjestelmää,

tieto voidaan välittää sähköisesti. Silloin kuin ammattihenkilöt eivät toimi samassa organisaatiossa tai eivät käytä samaa potilastietojärjestelmää, arkaluontoisten potilastietojen välittämiseen ei ole tällä hetkellä yleisesti käytössä olevaa järjestelmää. Tällöin tietojen välittämisestä tulee sopia paikallisesti salassapitosäädökset huomioiden.

Ilman tilanteessa lääkehoidon ongelmien ehkäisyn tulisi olla osa normaalia potilastyötä. Tämä tarkoittaa sitä, että lääkehoidon tarpeen arviointi tehtäisiin aina osana lääkkeen määräämistä ja siihen liittyviä päätösprosesseja. Näitä ovat muun muassa:

- valitaanko lääke vai joku muu hoitomuoto tai niiden yhdistelmä
- mikä on sopivin lääke kyseiselle potilaalle
- mikä on sopivin ja tehokkain lääkemuoto
- kuinka suuri kerta- ja vuorokausiannos tarvitaan ja mikä vahvuus valitaan tai mikä annos on kyseiselle potilaalle sopiva
- mikä lääkevalmiste valitaan
- mikä on hoidon pituus, josta seuraa tarvittava lääkemäärä
- miten hoitovastetta ja mahdollisia haittoja seurataan

lääkkäiden lääkehoito tulee aloittaa pienillä annoksilla ja annoksia tulee nostaa hitaasti seuraten vastetta. Lääkkeen hyötyjä ja haittoja arvioidaan sekä hoidon alussa että annosmuutosten yhteydessä tiiviisti. Tärkeää on arvioida säännöllisesti hoidon vastetta potilaalla vielä hoidon vakiinnuttuakin. Jos lääkkeillä ei saavuteta haluttua vastetta, lääkitys kannattaa lopettaa. Tarpeettoman lääkityksen jatkaminen altistaa erityisesti iäkkään vain turhille haittoille.

Lääkehoidon tarpeen arviointi, siihen liittyvät päätökset, määräykset ja suositukset kirjataan potilaskohtaiseen lääkehoitosuunnitelmaan. Iäkkäiden lääkehoidon arvioinnin tulee kuulua osaksi potilaiden hoito- ja palvelusuunnitelman laatimista ja sitä on päivitettävä säännöllisesti.

4.2.2 Lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistaminen

Epäiltäessä lääkehoidon ongelmia tarkistetaan aina ensin potilaan lääkityslista ja päivitetään se yhdessä potilaan kanssa todellisuudessa käytössä olevan lääkityksen mukaiseksi.

Lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistuksen (jatkossa lääkityslistan ajantasaistamisen) voi tehdä eri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen yksin tai yhdessä muiden ammattilaisten kanssa. Lääkityslistan laatimisen tai ajantasaistamisen voi tehdä myös potilas itse tai omainen. Potilas on ainoa henkilö, joka tietää todellisuudessa hänellä käytössään olevat lääkkeet, mukaan lukien

resepti- ja itsehoitolääkkeet, ravintolisät ja CE -merkityt valmisteet. Kun tässä luvussa puhutaan jatkossa potilaan käytössä olevista lääkkeistä, niin tarkoitetaan kaikkia edellä mainittuja valmisteita. Lääkityslistan ajantasaistaminen on tarkoituksenmukaisinta sovittaa paikalliseen hoitoprosessiin. Hoitava lääkäri vastaa aina ajantasaisen lääkityslistan vahvistamisesta potilastietojärjestelmiin.

Lääkityslistan ajantasaistamisessa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen kokoaa (tarvittaessa yhteistyössä potilaan tai hänen asioitaan hoitavien tahojen kanssa) yhteen dokumenttiin potilaan käyttämät lääkkeet ottoajan-kohtineen. Samalla tarkistetaan, että potilaan todellisuudessa käyttämät lääkkeet vastaavat lääkityslistalla olevia tietoja. Tavoitteena on se, että lääkityslista ajantasaistetaan kaikille säännöllisesti lääkkeitä käyttäville potilaille ja erityisesti aina potilaan vaihtaessa hoitopaikkaa. Lopputuloksena muodostuu ajantasainen lääkärin vahvistama lääkityslista potilaan käytössä olevista lääkkeistä ottoajankohtineen.

Lääkityslista voi olla paperinen tai sähköinen. Paperinen lääkityslista on tyypillisesti potilastietojärjestelmästä tai apteekkijärjestelmästä terveydenhuollon ammattilaisen tulostama lista potilaan käytössä olevista lääkkeistä. Esimerkiksi Lääkekortti.fi -palvelu (myös mobiilisovelluksena taltioni.fi -palvelussa) ja Lääkkeeni -mobiilisovellus ovat tällä hetkellä käytössä olevia sähköisiä lääkitystiedon hallintapalveluja. Lääkityslista voi olla myös potilaan tai omaisen käsin kirjoittama lista. Kanta Tiedonhallintapalvelussa kehitteillä oleva valtakunnallinen lääkityslista tulee aikanaan helpottamaan ajantasaisen lääkityslistan ylläpitoa. Tämä ei kuitenkaan poista ammattilaisten vastuuta siitä, että potilaan lääkitystiedot ovat oikein tietojärjestelmissä. Lääkityslistojen ajantasaistaminen tulee olla kaikkien riittävän koulutuksen saaneiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tehtävä ja organisaatioiden tulee seurata ajan tasalla pysymistä. Omakanta-palvelu voisi olla jatkossa potilaalle tai hänen omaiselleen väylä viestittää terveydenhuollon ammattilaiselle lääkityslistan ajantasaistamisen tarpeesta.

4.2.3 Lääkityksen tarkistus

Lääkityksen tarkistuksessa terveydenhuollon ammattihenkilö tarkistaa ajantasaisen lääkityslistan perusteella, että potilaan lääkkeiden annostukset ja antoajankohdat vastaavat hyväksyttyä hoitokäytäntöä. Samalla potilaan lääkityksestä kartoitetaan mahdolliset päällekkäisyydet ja yhteensopimattomuudet. Lääkityksen tarkistuksessa kiinnitetään erityistä huomiota siihen, että lääkityslistalla olevat lääkkeet ja annostukset vastaavat potilaan todellisuudessa käyttämää lääkitystä.

Lääkityksen tarkistus ei sisällä lääkehoidon tarpeen, indikaation tai tarkoituksenmukaisuuden arviointia eikä korjaustoimenpiteitä lääkitykseen. Terveystieteiden ammattilainen (pois lukien lääkäri) kirjaa lääkityksen tarkistuksen potilastietojärjestelmään. Jos lääkityksen tarkistuksen tehnyt terveydenhuollon ammattilainen ei pääse potilastietojärjestelmään, niin on sovittava paikallisesti tiedonkulusta ja kirjaamisesta potilastietojärjestelmään. Lääkityksen tarkistuksessa on sovittava paikallisesti työtavoista, jotta lääkäri saa tiedon lääkityksen korjaustarpeesta.

Lääkityksen tarkistuksen jälkeen lääkäri arvioi lääkehoidon tarpeen ja tarkoituksenmukaisuuden sekä päättää tarvittaessa lääkitysmuutoksista. Mahdolliset korjaustoimenpiteet tehdään eritasoisilla lääkehoidon arvioinneilla (luvut 4.2.4), joiden toteuttamisen seurantoineen lääkäri kirjaa potilastietojärjestelmään.

Lääkityksen tarkistuksessa huomioidaan:

- Suositusten vastaiset lääkkeet mukaan lukien oireenmukaisten lääkkeiden säännöllinen käyttö
- Lääkkeiden annostuksissa ikä ja muut sairaudet (erityisesti munuaisten toiminta)
- Kapean terapeuttisen alueen lääkkeet (esimerkiksi varfariini, klotapiini, metotreksaatti, digoksiini, litium, fenytoiini)

Kliinisesti merkittävät yhteensopimattomuudet kuten farmakodynaamiset ja farmakokineettiset yhteisvaikutukset

- Potilaan käytössä olevan lääkityksen haittavaikutusriskit, kuten
 - Antikolinergisyys
 - Verenvuotoriski
 - Ummetus
 - Ortostatismi
 - QT-ajan pidentyminen
 - Munuaistoksisuus
 - Sedaatio
 - Kouristusriski
 - Serotonergisyys
- Lääkkeiden annosteluajankohdien ja lääkemuuotojen tarkoituksenmukaisuus ruokailuihin ja muihin päivän toimintoihin nähden

Lääkityksen voi tarkistaa terveydenhuollon ammattihenkilö (lääkäri, sairaanhoitaja, proviisori tai farmaseutti). Se voidaan tehdä yksittäisen ammattilaisen toimesta tai moniammatillisena yhteistyönä useamman ammattilaisen kesken.

Lääkitys tarkistetaan potilaan hoitoketjun eri vaiheissa:

- Osana lääkehoidon arviointia silloin, kun lääkäri määrää uutta lääkettä tai uusii lääkemääräystä.
- Osana lääkkeen toimittamista apteekissa.
 - annoksista yleiset suositukset
 - indikaatio
 - yhteisvaikutukset ja päällekkäisyydet ainoastaan samasta apteekista toimitetuista lääkkeistä.
- Osana lääkehoidon toteuttamista osastoilla, kotisairaanhoidossa tai erilaisissa palveluasumisyksiköissä.

Lääkityksen tarkistus tehdään kaikille potilaille osana normaalia sosiaali- ja terveydenhuollon arkityötä. Lääkityksen tarkistus tuottaa lääkityslistan perusteella tiedon potilaan mahdollisista lääkehoidon ongelmista ja mahdollistaa niiden korjaamisen jokapäiväisessä potilastyössä. Lääkityksen tarkistuksessa voidaan hyödyntää erilaisia sähköisiä työkaluja ja tietokantoja (esimerkiksi Duodecimin SFINX-PHARAO, lääkkeet ja munuaiset, lääkkeet ja maksa, sekä GeneRx -tietokannat, Duodecimin EBMedS -päättösentukijärjestelmä, Duodecimin lääkityksen kokonaisarvio -tietokanta, Fimean Lääke 75+ -tietokanta ja Apteekkariliiton Salko-tietokanta). Ne helpottavat ja nopeuttavat terveydenhuollon ammattihenkilön tekemää lääkityksen tarkistusta. Tietotekniikan hyödyntäminen täysimääräisesti edellyttää kuitenkin sitä, että potilaan tiedot on kirjattu oikein potilastietojärjestelmiin.

Apteekissa lääkkeen toimittamisen yhteydessä tehtävä lääkityksen tarkistus poikkeaa tavallisesti sisällöllisesti yllä mainitusta, koska apteekissa voi olla käytettävissä hyvin rajoitetusti tietoa potilaan diagnooseista, muista lääkkeistä sekä laboratorio- ja muista mittaustuloksista.

4.2.4 Lääkehoidon moniammatillinen arviointi

Moniammatillinen lääkehoidon arviointi ja lääkehoidon kokonaisarviointi on lääkärin moniammatillisessa tiimissä muun sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön (sairaanhoitaja, farmaseutti tai proviisori) avustamana tekemä potilaan lääkehoidon tarpeen ja tarkoituksenmukaisuuden arviointi. Tarvittaessa myös lähihoitaja tai muu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen voi osallistua tiimin työskentelyyn.

Moniammatillisen verkostossa saadun ymmärryksen mukaan eri lääkehoidon arvioinnin toimintamalleissa on käytännössä pitkälti toimittu rinnakkain. Esimerkiksi farmasian ammattilainen on tuottanut hänelle kuuluvan osuuden lääkityksen tarkistuksen sisällön mukaisesti erillisenä raporttina. Tätä konsultatiivisesti toimitettua raporttia ei ole välttämättä käsitelty yhdessä lääkärin,

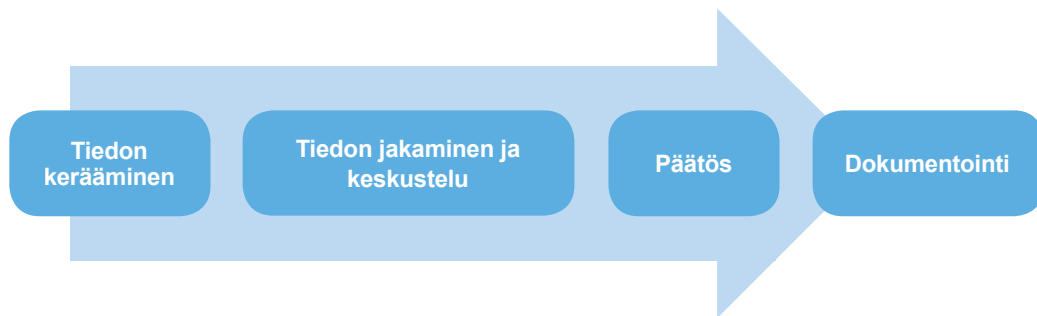
hoitajan ja/tai potilaan kanssa. Lisäksi lääkehoidon arvioinnin ja kokonaisarvioinnin sisältöjen todellisia eroja on vaikea käytännössä määritellä. Konsultatiivisesti toteutuilla lääkehoidon arvioinnilla ja lääkehoidon kokonaisarvioinnilla voi olla oma roolinsa järkevän lääkehoidon edistämässä. Niitä ei kuitenkaan käsitellä tarkemmin tässä selvityksessä, koska tämän työn yhtenä tavoitteena on ollut erityisesti kehittää syvälliseen yhteistyöhön perustuvia toimintamalleja. Lääkehoidon arviointia ja lääkehoidon kokonaisarviointia ei ole välttämättä jatkossa tarkoituksenmukaista erottaa, vaan voidaan puhua vain moniammatillisesta lääkehoidon arvioinnista.

Parhaimmillaan lääkehoidon arviointi toteutetaan tiimissä moniammatillisena yhteistyönä. Moniammatillisen verkoston kautta saadun ymmärryksen mukaan arvioinnissa on tärkeää hyödyntää siihen osallistuvien eri ammattilaisten osaamista. Potilaan kokonaistilanne käydään läpi yhteisessä keskustelussa sairaanhoitajan ja lähihoitajan, farmaseutin tai proviisorin ja lääkärin kesken. Arvioinnin laajuus ja eri ammattilaisten osallistuminen ratkaistaan potilaskohtaisesti. Jos toimintayksikössä on käytössä geriatrien osaamista, sitä kannattaisi hyödyntää tiimityössä mahdollisimman paljon.

Erityisesti potilailla, joilla on korkeat lääkekustannukset, arvioinnissa huomioidaan lääkekustannukset ja lääkkeiden korvattavuuteen liittyvät asiat. Potilaslähtöisesti kohdustelluilla lääkekustannuksilla voidaan parantaa myös potilaan sitoutumista lääkehoitoonsa. Joidenkin potilaiden lääkehoidon moniammatilliseen arviointiin saatetaan tarvita lääkärin, sairaanhoitajan tai lähihoitajan ja farmaseutin tai proviisorin lisäksi esimerkiksi ravitsemusterapeuttia tai fysioterapeuttia. Arviointi tehdään aina hyvässä yhteistyössä potilaan kanssa, jolloin potilaan on helpompi sitoutua sovittuun hoitoon ja sen tavoitteisiin. Tämän vuoksi keskusteluun kutsutaan mahdollisuuksien mukaan myös potilas ja hänen omaisensa.

Lääkehoidon moniammatillinen arviointi tehdään monilääkityille potilaille, joilla havaitaan vaikeita lääkehoidon ongelmia tai niihin viittaavia riskitekijöitä. Tämä varmistaa potilaan järkevän lääkehoidon. Moniammatillinen lääkehoidon arviointi tiimityönä sopii hyvin esimerkiksi kotihoitoon ja palveluasumisen yksiköihin. Potilaskohtaisessa lääkkeiden annosjakelussa olevien potilaiden lääkehoidon arvioinnista on suositeltu erillisessä oppaassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016).

Moniammatillinen lääkehoidon arviointi toteutetaan seuraavan prosessin mukaisesti:



1. Tiedon kerääminen

Jokainen tiimin jäsen osallistuu tiedon keräämiseen ja jakamiseen, erityisesti seuraavat seikat huomioiden:

Sairaanhoidaja ja lähihoitaja

- Potilaan vointi
- Arjen sujuminen ja päivittäinen toimintakyky
- Mittaustulokset
- Nykyoireet ja -ongelmat
- Lääkehoidon toteutuminen (esimerkiksi tablettien nieleminen)
- Lääkehoidon vaikutusten seuranta

Farmaseutti tai proviisori:

- Lääkehoidon arviointi lääkityksen tarkistuksen sisällön mukaisesti huomioiden potilaan kliininen tilanne
 - Resepti- ja itsehoitolääkkeet
 - Ravintolisät
 - CE-merkityt valmisteet
- Suositusten vastaiset lääkkeet
 - Iäkkäille sopimattomat lääkkeet
 - Oireenmukaisten lääkkeiden säännöllinen käyttö
 - Tilapäiseen tarpeeseen tai rajatuksi ajaksi tarkoitettujen lääkkeiden pitkittynyt käyttö
- Lääkkeiden annostusten tarkistuksessa potilaan ikä ja muut sairaudet (erityisesti munuaisten toiminta)
 - Kapean terapeuttisen alueen lääkkeet (esimerkiksi varfariini, klotsapiini, metotreksaatti, digoksiini, litium, fenytoiini)
- Kliinisesti merkittävät yhteensopimattomuudet kuten farmakodynaamiset ja farmakokineettiset yhteisvaikutukset
- Haittavaikutusriskit, kuten
 - Antikolinergisyys
 - Verenvuotoriski

- Ummetus
- Ortostatismi
- QT-ajan pidentyminen
- Munuaistoksisuus
- Sedaatio
- Kouristusriski
- Serotonergisyys
- Lääkkeiden annosteluajankohtien ja lääkemuotojen tarkoituksenmukaisuuden ruokailuihin ja muihin päivän toimintoihin nähden

Lääkäri:

- Kerää tiedot vastaanotolla potilaalle tehdyn kliinisen tutkimuksen tai potilastietojärjestelmän tietojen perusteella
 - Potilaan diagnoosit
 - Lääkehoidon vasta-aiheet
 - Sairauksien vaikeusaste

Potilas tai omainen (tarvittaessa mukana):

- Säännöllisesti ja/tai tarvittaessa käytössä olevat lääkkeet
 - Käsitykset lääkityksestä
 - Hoitoon sitoutuminen
- Vointi, nykyoireet ja -ongelmat
 - Huimaus, kaatuminen huimauksen takia
 - Voinnin äkillinen muutos
- Arjen sujuminen ja päivittäinen toimintakyky
 - Lääkkeiden ottamisen ongelmat
- Mittaustulokset, kuten esimerkiksi verenpaine-, verenso-kerimittaukset, paino
- Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttö (esimerkiksi lääkärissä käynnit tai muut palvelut yksityisellä sektorilla sekä muiden palveluiden käyttö alentuneen toimintakyvyn takia)

Tiedon keräämisessä kuvatut eri ammattihenkilöiden ja potilaiden tehtävät ovat esimerkkejä työnjaosta. Tehtävajakoa ja vastuita voidaan tarvittaessa muuttaa paikallisesti sopiviksi ammattihenkilöistä annettujen säästöjen rajoissa.

2. Tiedon jakaminen ja keskustelu

Ammattilaisista koostuva tiimi keskustelee potilaan terveydentilasta, todetuista sairauksista, toimintakyvystä, oireista, ongelmista, mahdollisista diagnosoimattomista sairauksista ja käy läpi potilaan lääkehoidon. Tiimi huomioi, miltä osin lääkitys sopii potilaalle ja mitä mahdollisia haittoja tai riskejä lääkehoitoon liittyy. Keskustelussa arvioidaan, onko potilaan lääkehoidossa sellaisia muutostarpeita, jotka voidaan ratkaista eri ammattilaisten välisessä keskustelussa, mikäli tiedetään potilaan sen hetken vointi. Jos potilasta ei tunneta tai ei tiedetä hänen vointiaan, hänet kutsutaan vastaanotolle, jolloin lääkäri tutkii potilaan.

3. Päätökset ja niiden toteuttaminen

Yhteisen keskustelun pohjalta lääkäri tekee yhteenvedon ja päättää lääkehoidosta sekä kirjoittaa lääkemääräykset. Lääkäri varmistaa sen, että potilasta hoidetaan asianmukaisesti kaikki sairaudet huomioon ottaen. Tarvittaessa tiimityön lisäksi lääkäri konsultoi erikoislääkärinä tai muuta asiantuntijaa. Tavoitteena on saada lääkehoidosta potilaalle kokonaisuutena mahdollisimman suuri terveyshyöty ja pienet haitat.

Läkehoidon moniammatillisessa arvioinnissa sovitaan tiimin jäsenten työnjaosta ja vastuista selkeästi. Tämä tukee kaikkien osapuolien sitoutumista sovittuihin päätöksiin. Tehdyistä päätöksistä informoidaan kaikkia keskeisiä potilaan lääkehoitoon osallistuvia tahoja. Lääkäri ja/tai sairaanhoitaja keskustele aina myös potilaan ja/tai hänen omaisensa kanssa lääkehoitoon tulleista muutoksista. Moniammatillisen arvioinnin lähestymistapa on erityisen potilaskeskeinen. Sairaanhoitaja huolehtii lääkitysmuutoksen toteuttamisesta ja lääkitysmuutosten vaikutusten seurannasta, tarvittaessa yhdessä lääkärin kanssa. Tiedonkulun varmistamiseksi on tärkeää, että lääkitysmuutosten vaikutukset kirjataan potilastietojärjestelmiin järjestelmällisesti.

4.3 Toimintamallien vaikutusten mittaaminen

Moniammatillisessa verkostossa on painotettu vaikutusten mittaamista koko kehittämistyön ajan. Hyviä mittareita on ollut haastavaa löytää. Verkostossa on kuitenkin kehitetty alustava, yksinkertainen malli/kehikko moniammatillisen toiminnan vaikutusten osoittamiseksi. Perusideana on se, että yksiköissä mitattaisiin moniammatillisen toi-

minnan resurssivaatimuksia suhteessa perinteiseen toimintamalliin (vaadittu panos) sekä saavutettavia tuloksia (tuotos). **Taulukossa 3** on kuvattu esimerkkejä mittaamisen kohteista ja mittareista.

Verkostossa saadun kokemuksen mukaan läkehoidon arvioinnin erilaisten toimintamallien vaikutusten mittaamisessa on Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä paljon kehitettävää. Tehdyn selvitys- ja kehittämistyön perusteella näyttää siltä, että usein yksiköistä puuttuu oppimista edistävää työn mittaamiskulttuuri ja tällöin mittaamista ei koeta omaksi työtehtäväksi, eikä oman työn kehittämisen välineeksi. Sen sijaan mittaaminen koetaan usein johdon tehtäväksi, eikä siihen sitouduta. Mittaamiseen tarvittavan ajantasaisen tiedon saaminen koetaan työläänä. Usein mittaamista tehdäänkin johdon näkökulmasta ja toimeksiannosta, mutta tämä jää arkityön kehittämisen näkökulmasta etäiseksi, eikä mittaamista käytetä toimintamallien käytännölliseen kehittämiseen.

Mittareiden tulisi olla helppokäyttöisiä ja ne tulisi rakentaa rutiininomaisesti tuotettavien tietojen pohjalta. Mittareiden tulisi esimerkiksi olla integroitavissa jo käytössä oleviin työajan seuranta- tai potilastietojärjestelmiin. Myös läkehoidon riskienarviointityökalut tuottavat tietoa, joka tulisi ottaa huomioon vaikuttavuudessa. Parhaimmillaan mittareissa hyödynnetään eri näkökulmista (kuten potilaan, henkilöstön ja johdon) kertyvää tietoa, jolloin useat erityyppiset tiedot muodostavat yhdessä kokonaisuuden, jolla arvioida ja seurata toimintaa. Mittarit tulisi ymmärtää oman toiminnan kehittämisen välineiksi – mittaamista ei tulisi tehdä ensisijaisesti ulkoista seurantaa varten (muiden vaatimuksesta), vaan oman oppimisen edistämiseksi. Samalla mittarit mahdollistavat oman toiminnan vaikutusten osoittamisen ulkoista seurantaa varten. Hyvillä mittareilla voidaan esimerkiksi perustella tehty valinnat sekä osoittaa toiminnan taso sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle sekä viranomaisille.

Tämän lisäksi kehittämistyön tueksi pitäisi luoda systemi, jossa kehitettävää toimintaa voisi verrata toisiinsa yksiköihin. Tällaista yksiköiden välistä seurantaa tulisi tehdä verraten keskenään samankaltaisia toimintayksiköitä ja vertailun tulisi perustua toimintayksiköiden omaan haluun kehittää toimintaansa. Tämä auttaisi organisaatioita oppimaan toinen toisiltaan parhaita mahdollisia menetelmiä ja samalla kyseenalaistamaan oman toiminnan rutiinimenpiteitä. Parhaimmillaan vertailukehittämisessä arvioidaan systemaattisesti oman organisaation tuottavuutta, laatua, työprosesseja ja työtapojen tehokkuutta parhaisiin vastaaviin organisaatioihin. Tämän lisäksi tarvitaan jatkossakin organisaatio- ja rakennetason päätöksenteon tueksi kansallisesti organisoituja laajempia tutkimuksia.

Taulukko 3. Esimerkkejä lääkehoidon arvioinnin vaikutusten mittaamisen kohteista ja mittareista sekä tiedon lähteistä.

Mittaamisen kohde	Mittari	Tiedon lähde
Kuinka paljon moniammatillinen lääkehoidon arviointi aiheuttaa lisätunteja/kustannuksia potilastyössä (esim. kotihoidossa) aikaisempaan toimintaan verrattuna?	Ajankäyttö, kustannuslaskenta	Työajanseurantajärjestelmä
Miten moniammatillinen lääkehoidon arviointi vaikuttaa henkilökuntaan?	Työtyytyväisyys	Henkilökunnan työtyytyväisyyskyselyt
Miten moniammatillinen lääkehoidon arviointi vaikuttaa potilaiden palvelutarpeeseen ja -käyttöön?	Kotihoidon käynnit ennen arviointia ja arvioinnin jälkeen (=muutos) Hoitoisuusluokan muutokset Terveyspalveluiden (päivystyskäynnit, laitoshoidot) käytön muutokset	Toiminnanohjausjärjestelmä Potilastietojärjestelmä Potilashaastattelut
Miten moniammatillinen lääkehoidon arviointi vaikuttaa potilaan vointiin (esimerkiksi painon, huimauksen, toimintakyvyn, kivun, mielialan yms. muutokset)?	EQ5D, IADL, KATZ, MMSE, GDS-15, TUG-testi, ortostaattisen hypotension testaaminen,	Potilaan haastattelu mittarilomakkeiden avulla, TUG-testi ja ortostaattisen hypotension testaaminen
Miten moniammatillinen lääkehoidon arviointi vaikuttaa potilaan lääkehoidon laatuun ja turvallisuuteen?	Potilaan lääkityksen SFINX-PHARAO-RENBA-SEN haittavaikutusriskien muutos Tarpeettomien lääkkeiden määrän väheneminen	Potilastietojärjestelmän lääkityslistojen vertailu ennen ja jälkeen arvioinnin
Miten moniammatillinen lääkehoidon arviointi vaikuttaa potilaan lääkekustannuksiin?	Lääkekustannukset potilaskohtaisesti/organisatio tasolla	Potilastietojärjestelmän lääkityslistojen vertailu ennen ja jälkeen arvioinnin
Miten moniammatillisesti tehty lääkehoidon arviointi vaikuttaa organisaation kokonaisuuden ja sote-järjestelmän tasolla?	Ikäihmisten (avainasiakkaat) päivystyskäyntien lukumäärä Ikäihmisten (avainasiakkaiden) vuodeosastopäivien lukumäärä	Potilastietojärjestelmä
Miten lääkehoidon moniammatillisten toimintamallien kehittäminen on onnistunut?	Muutokset toiminnan avainmittareissa verrattuna verrokkitiimeihin ja -organisaatioihin	Eri organisaatioiden toiminnanohjausjärjestelmä

4.4 Moniammatillisen koulutuksen kehittäminen

Viimeisen vuosikymmenen aikana lääkkeiden käyttö ja siihen liittyvä tutkimustieto on lisääntynyt huomattavasti. Samaan aikaan käsite asiantuntijan roolista ja asiantuntijuudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa on muuttunut. Verkostossa tehdyn selvitystyön perusteella lääkkeiden järkevän käytön esteitä tiimityön tasolla on muun muassa riittämättömäksi koettu peruskoulutus. Tämän vuoksi eri ammattiryhmien koulutusyksiköiden tulisi reagoida monitahoiseksi muuttuneeseen potilaan hoitoon ja sitoutua rationaalisen lääkehoidon tavoitteisiin.

Asenteita, ennakkoluuloja ja juurtuneita toimintatapoja on tunnetusti vaikea muuttaa työyhteisöissä. Tämä takia jo sosiaali- ja perusterveydenhuollon alojen peruskoulutuksessa tulisi antaa valmiuksia moniammatillisuuteen. Näin

toisten ammattiryhmien koulutuksen sisältö ja osaaminen tulisi luontevasti tutuksi jo opiskeluaikana, jolloin sisäistettäisiin myös toisten ammattiryhmien rooli ja vastuu potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa. Lääkeosaamisen taso sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien välillä vaihtelee suuresti. Yksittäisenkin ammattiryhmän sisällä lääkehoidon osaamisessa on suuria eroja. Tämän vuoksi eri alojen perus- ja täydennyskoulutusten sisällöissä tulisi olla nykyistä enemmän tietoa ikääntyneille haitallisista lääkkeistä, monilääkityksen haasteista, lääkkeiden yhteisvaikutuksista, lääkkeiden annostuksien munuaisen vajaatoiminnassa sekä iäkkäiden näyttöön perustuvista hoidoista.

Yhdeksi moniammatillisuuden esteeksi on kuvattu asenteiden lisäksi yhteisen kielen puuttuminen. Toisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmän osaamisen tunteminen auttaa viestimään ymmärrettävästi.

Moniammatillinen työskentely vaatii tiedollisen osaamisen lisäksi hyviä vuorovaikutus-, viestintä- ja neuvottelutaitoja sekä sujuvaa tiimityöskentelyä. Myös näitä taitoja tulisi harjoitella koulutusvaiheessa. Peruskoulutuksen tulisi tarjota mahdollisuuksia harjoitella käytännössä moniammatillista yhteistyötä esimerkiksi ryhmätyössä tai harjoittelussa. Tärkeintä on se, että opiskelijalla syntyy jo opiskelun varhaisessa vaiheessa kokemus moniammatillisen yhteistyön hyödyistä sekä potilasturvallisuuden että oman työn helpottumisen näkökulmasta. Opiskelijoille tulisi tulla ymmärrys siitä, että moniammatillisella tiimityöllä voidaan edistää potilaan kokonaisvaltaista hoitoa.

Maaailman terveysjärjestö WHO painottaa moniammatillisen koulutuksen lisäämistä tärkeänä strategiana terveydenhoitoalan kehittämisessä ja globaalien kriisien torjumisessa (WHO 2010). Maailmalla moniammatillista koulutusta on toteutettu monissa maissa, mutta moniammatillisuuden käyttöönotto peruskoulutukseen on todettu hitaaksi ja haasteelliseksi. Tällä hetkellä farmasian alalla moniammatillinen koulutus on ajankohtainen aihe kansainvälisesti (FIP, 2015). WHO:n toteuttamassa laajassa moniammatillista koulutusta kartoittavassa kyselyssä saatiin vastauksia 41 maasta, joista suurin osa oli kehittyneitä maita kuten Kanada, Englanti ja USA. Eniten moniammatillisia opintoja oli sairaanhoitajien, kättilöiden, fysioterapeuttien, farmasistien ja lääkäreiden opinnoissa (Rodger ja Hoffman, 2010). Esimerkiksi Australiassa ja Uudessa Seelannissa noin neljäsosa hoitoalan koulutuspaikoissa tarjoaa moniammatillista koulutusta ja näissä puolet opetuksesta liittyi lääketurvallisuuteen (Lapkin ym. 2012). USA:ssa farmasian koulutusyksiköistä 80 %:ssa oli tavoitteena moniammatillinen koulutus, mutta se toteutui vain puolessa (Jones ym. 2012). Ruotsissa ns. Linköpingin mallin mukaista moniammatillista koulutusta on toteutettu onnistuneesti lääketieteen ja hoitoalan yhteisissä opinto-ohjelmissa yli 20 vuoden ajan. Kokemusten perusteella onnistumisen edellytyksenä on ollut tiedekuntien henkilöstön innostuneisuus ja sitoutuminen moniammatilliseen opetukseen sekä toiminnan systemaattinen evaluointi (Wilhelmsson ym. 2009). Yhteiset opinnot ja kliiniset harjoittelujaksot vahvistavat opiskelijoiden omaa ammatti-identiteettiä, auttavat ymmärtämään muiden terveyden huollon ammattilaisten rooleja ja kehittävät kommunikaatio- ja ryhmätyötaitoja (Ponzer ym. 2004, Thistlethwaite 2012, Zanotti ym. 2015). Moniammatillisen koulutuksen käytännön toteutuksen esteiksi havaittiin mm. eri opinto-ohjelmien aikataulujen yhteensovittaminen, sopivien tilojen, opetusresurssien ja hallinnon tuen puute. Lisäksi moniammatillisen koulutuksen arviointiin tarvitaan standardoituja työkaluja (Jones ym. 2012).

Moniammatillisen koulutuksen vaikuttavuuden tutkiminen on haasteellista, koska muun muassa kliiniset käytännöt

ja interventiot ovat hyvin erilaisia ja näin ollen systemaattisen katsauksen kriteerit täyttäviä tutkimuksia on vain vähän. Tuoreessa Cochraine katsauksessa arvioitiin 15 tutkimusta, joissa oli tutkittu moniammatillisen koulutuksen vaikutuksia potilaiden hoitoprosesseihin tai potilastyytyväisyyteen. Seitsemässä tutkimuksessa tulokset olivat positiivisia, neljässä tutkimuksessa tulokset olivat sekä positiivisia että neutraaleja ja neljässä tutkimuksessa moniammatillisella interventiolla ei näyttänyt olevan vaikutuksia potilaiden hoitoon (Reeves ym. 2013). Tutkimustietoa moniammatillisen koulutuksen vaikuttavuudesta lääketurvallisuuteen, potilastyytyväisyyteen ja hoidon kustannuksiin tarvittaisiinkin lisää.

Suomessa lääketieteen ja farmasian koulutusyksiköissä on perinteisesti keskitytty farmakologian opetuksessa lääkkeiden perusmekanismien opetukseen. Lääketieteen yksiköissä prekliinisen vaiheen laajan farmakologian perusteiden opintojakson jälkeen kliinisen farmakologian opetus on vähäistä. Sairaanhoitajien peruskoulutuksessa farmakologian opetus on huomattavasti suppeampaa kuin farmasian ja lääketieteen yksiköissä. Viime vuosina farmasian opetuksessa on lääketietoutta lisätty voimakkaasti lääkehoidon ja kliinisen farmasian suuntaan. Esimerkiksi Helsingin yliopiston farmasian opetuksessa vuonna 2014 tehdyn uudistuksen tavoitteena on antaa lääkehoidon arvioinnin osaamista kaikille valmistuville farmaseuteille ja proviisoreille.

Sosiaali- ja terveydenhuollon eri alojen peruskoulutuksissa yhteistä moniammatillista lääkehoidon koulutusta on järjestetty vain vähän. Esimerkiksi Itä-Suomen yliopistossa on usean vuoden ajan järjestetty moniammatillinen Irti tupakasta -seminaari farmasian, hammaslääketieteen, lääketieteen ja sairaanhoitoalan opiskelijoille. Vuodesta 2012 kliinisen farmasian jatkokurssin yhteyteen on kuullut lääketieteen ja proviisoriopiskelijoiden yhteinen potilaan lääkehoidon arviointiprojekti. Helsingin yliopiston farmasian opetuksessa on toteutettu moniammatillisina ryhmätöinä opintojaksoja muun muassa tupakasta vieroitus sekä eläinlääkkeiden kehityksen ja käytön erityispiirteet. Oulussa toteutetaan yliopistollisessa sairaalassa moniammatillinen harjoittelujakso, josta kuvaus kappaleessa 4.4.1. Viime vuosina yksittäisiä moniammatillisuutta tukevia opintojaksoja on todennäköisesti järjestetty useimmissakin koulutusyksiköissä, mutta ne eivät ole vielä kiinteänä osana koulutusrakenteita. Moniammatillinen lähestymistapa näkyy eri koulutusohjelmissa tehdyissä opinnäytetöissä, joista monet on toteutettu esimerkiksi yhteistyössä sairaaloiden, apteekkien ja muiden terveydenhuollon yksiköiden kanssa.

Moniammatillisuuden omaksuminen vaatii uudenlaisia ajattelu- ja toimintamalleja (Isoherranen 2012). Perinteiset

opetusmenetelmät perustuvat laajojen faktatietojen muistinvaraiseen omaksumiseen. Ne eivät painota soveltavaa ongelman ratkaisutaitoa. Tarvitaan uusia opetusmenetelmiä, jotka paremmin tukevat moniammatillisia oppimisprosesseja. Tällaisia olisivat esimerkiksi ongelma-keskeiset tehtävät, ohjattu moniammatillinen harjoittelu ja simulaatio-oppiminen yhdessä kaikkien alan opiskelijoiden kanssa. Lisäksi jo työelämässä olevien moniammatillisten taitojen tulisi kehittyä erilaisilla toimipaikka- ja täydennyskoulutuksilla. Esimerkiksi farmasian alalla pitkään järjestetty lääkehoidon kokonaisarviointi (LHKA) -koulutus on osaltaan ollut kehittämässä työyhteisöissä kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten moniammatillisten taitojen lääkehoitojen arvioinnissa (Leikola 2012). Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean koordinoima lääkeinformaatioverkosto on osaltaan edistänyt moniammatillista oppimista kaikkien terveydenhuollon alojen perus- ja täydennyskoulutusohjelmissa (http://www.fimea.fi/kehittaminen/laakeinformaation_kehittaminen/laakeinformaatioverkosto).

4.4.1 Esimerkki moniammatillisesta harjoittelusta

Oulun yliopistollisessa sairaalassa on järjestetty vuodesta 2011 lukien eri terveydenhuollon koulutusohjelmien yhteistä moniammatillista harjoittelua. Tämä harjoittelu on viisipäiväinen osastoharjoittelu, jossa lääketieteen, sairaanhoidon, fysioterapian ja farmasian alojen opiskelijat muodostavat tiimin ja opiskelivat yhdessä moniammatillisen harjoittelun ajan. Harjoittelun tavoitteena on, että opiskelijat oppivat toisiltaan ja heidän ymmärryksensä omaan ja toisen työnkuvaan syvenee potilaan hoitamisen kautta.

Harjoittelun aikana opiskelijat hoitavat yhdessä yhteisiä potilaita. Opiskelijat suunnittelevat, toteuttavat ja arvioivat potilaan hoidon opiskelijaohjaajiansa ohjaamina. Opiskelijoiden ohjaus on jaettu. Lääketieteen opettajan ohjausvastuu painottuu aamupäivään. Sairaanhoitajaohjaaja on opiskelijoiden tukena koko vuoron ajan. Fysioterapeutti ja farmaseutti tai proviisoriohjaajat ohjaavat opiskelijoita tarpeen mukaan. Harjoittelussa keskipisteenä on potilas. Opiskelijat arvioivat yhdessä potilaan hoidon tarpeen, toteuttavat hoidon ja arvioivat sen moniammatillisesti. Farmaseutti- tai proviisoriohjaaja arvioi opiskelijoiden hoitamien potilaiden lääkehoitoa ja antaa potilaille lääkehoitoon liittyvää ohjausta, johon osallistuvat myös muut opiskelijat.

Harjoittelu on suunniteltu niin, että ensimmäinen maanantaipäivä on orientoitumista ja potilaaseen tutustumista. Tiistaina, keskiviikkona ja torstaina opiskelijat hoitavat omia potilaita kokonaisvaltaisesti tiiminä tutustuen toistensa työnkuvaan. Perjantai on varattu harjoittelutehtävien tekemiseen ja esittämiseen. Perjantain iltapäivän palautekeskustelussa opiskelijat esittelevät heidän harjoit-

telutehtävänsä. Harjoittelutehtävässä opiskelijoiden tulee esitellä yhden potilaan hoitoprosessi (hoidon tarpeet, - suunnittelu, - toteutus ja - arviointi sekä farmaseuttinen lääkehoidon arviointi). Palautekeskusteluun osallistuvat kaikki harjoittelussa olevat opiskelijat ja heidän ohjaajansa.

Opiskelijat ovat kokeneet sekä heidän oman ammattiroolinsa että toisten ammattiroolien merkityksen selkiytyneen harjoittelujakson aikana. Opiskelijat ovat oppineet toisiltaan ja he ovat olleet erittäin tyytyväisiä harjoitteluun. Työryhmäjäsenet ovat kokeneet, että myös opiskelijoita ohjanneet ammattilaiset oppivat erityisesti lääkehoidosta uusia asioita. Potilaat ovat olleet erittäin tyytyväisiä hoitoonsa ja ovat kokeneet, että ovat saaneet aikaisempaa parempaa hoitoa.

5. JOHTOPÄÄTÖKSIÄ: FIMEAN SUOSITUKSET MONIAMMATILLISEEN TOIMINTAAN JÄRKEVÄN LÄÄKEHOIDON EDISTÄMISEKSI

Moniammatillisen verkoston laatima selvitys osoittaa, että lääkkeiden järkevän käytön ongelmista on paljon tutkimustietoa. Järkevää lääkkeiden käyttöä on pyritty edistämään viime vuosikymmeninä perustamalla työryhmiä, antamalla suosituksia, käynnistämällä erilaisia kehittämissankkeita ja antamalla täydennyskoulutusta eri ammattilaisille. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa tiedetään mitä pitäisi tehdä, mutta järkevää lääkehoitoa tukevia toimenpiteitä ei ole kyetty viemään riittävästi käytäntöön. Tämän vuoksi tarvitaan tehokkaampaa toimeenpanoa hyvien käytäntöjen ja toimintamallien käytäntöön viemiseksi. Tämä edellyttää merkittäviä uudistuksia kaikilta sosiaali- ja terveydenhuollon tasoilta ja toimijoilta.

Kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja täydennyskoulutuksissa tulisi olla yhteisiä moniammatillisia koulutusjaksoja. Näillä luodaan vahva perusta valmiuksiin toimia moniammatillisesti tulevassa työpaikassa. Myös työelämässä olevien sosiaali- ja terveydenhuollon eri alojen toimijoiden on tärkeää oppia moniammatillisen toiminnan edellyttämiä taitoja. Opetus voisi sisältää moniammatillisten toimintamallien lisäksi omahoidon tukemista ja yksilöllistä lääkeneuvontaa. Monitahoiseksi muutuneen potilaan hoito edellyttää lääkehoidon osaamisen lisäämistä kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattiryhmien perus- ja täydennyskoulutuksissa.

5.1 Tiimityön taso

Kokonaisvaltainen hoito-ote edellyttää uusien toimintamallien tehokasta käyttöönottoa. Moniammatillisen toimintamallin tulee olla keskeinen keino järkevän lääkehoidon kehittämisessä. Tiimit voisivat lähteä paikallisesti liikkeelle kokoontumalla miettimään yhteistyön nykytilannetta. Tämän jälkeen heidän tulisi kartoittaa omien tarpeiden pohjalta ideoita, mihin suuntaan moniammatillinen yhteistyö voisi kehittyä ja miten järkevän lääkkeiden käytön tavoitteisiin voitaisiin päästä. Lääkehoidon ongelmien tunnistamisessa ja ehkäisyssä, lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistamisessa sekä lääkityksen tarkistuksessa eri toimijoiden välinen rinnakkain tekeminen (löyhä yhteistyö eri toimijoiden välillä) saattaa olla riittävä taso. Tämä edellyttää toimivaa tiedon jakoa eri toimijoiden välillä. Esimerkiksi apteekin ja muun terveydenhuollon välinen toimiva tiedonvaihto edistäisi potilaiden lääkkeiden järke-

vää käyttöä ja loisi uusia toimintamahdollisuuksia lääkehoidon vaikutusten seurantaan.

Lääkehoitojen optimoinnissa tarvitaan kuitenkin yhdessä tekemistä (tiivistä yhteistyötä). Potilaan turvallinen ja tulokellinen lääkehoito perustuu lääkärin, lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön, farmaseutin tai proviisorin ja potilaan väliseen sujuvaan yhteistyöhön. Potilasta hoidetaan kokonaisuutena, jossa arvioidaan lääkehoitoa osana potilaan hoitokokonaisuutta ja muistetaan myös asianmukainen ehkäisevä lääkehoito sekä lääkkeettömät vaihtoehdot. Parhaimmillaan tiivis yhteistyö on avointa dialogia. Tiimityön toimintamalleja on kuvattu yksityiskohtaisemmin luvussa 4.

5.2 Organisaatiotaso

Pelkästään sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon laaja hallinnollinen integraatio ei ratkaise potilaan kokonaisvaltaiseen hoitamiseen liittyviä haasteita. Organisaatioiden johdon pitäisi tukea vahvasti tiimitasoa antamalla riittävät resurssit ja määrittelemällä vastuut toiminnan kehittämiseen. Potilastyön kokonaisuutta johdetaan organisaatioissa pirstaleisesti. Tarvitaan avointa ja luottamus pohjaista yhteistyötä. Usein kehittämistyö rajoittuu yksiköihin tai ammattiryhmiin. Lääkkeiden käytön järjeistäminen ei onnistu yksittäisillä ”tempuilla” (esimerkiksi lääkehoidon arviointityökaluilla), vaan tarvitaan systemaattista laadun johtamista, joka perustuu toiminnan jatkuvaan arviointiin ja sen pohjalta tapahtuvaan kehittämiseen. Johtamisessa on hyödynnettävä nykyistä tehokkaammin mittareita toiminnan vaikuttavuuden osoittamiseksi. Lisäksi on huomioitava, että mikään yksittäinen taho ei voi yksin ratkaista tätä ongelmaa, vaan tarvitaan rajat ylittävää kehittämistyötä. Moniammatillisen yhteistyön käsitteen avaaminen ja sen ymmärryksen lisääminen organisaatioissa auttaa käytännön toimijoita ja heidän johtoaan kehittämään työkuultuuria aidon dialogisen yhteistyön suuntaan.

Järkevä lääkehoidon edistäminen tarkoittaa systemaattista lääkehoitojen optimointia erityisesti paljon lääkkeitä käytävillä iäkkäillä. Järkevän lääkehoidon toteuttamisessa tämä tarkoittaa parhaimmillaan klinisen farmasian osaamisen tuomista terveydenhuollon arkeen (erityisesti

kotihoitoon ja palveluasumiseen) osaksi hoitotiimiä. Tähän tarvittava riittävä lääkehoidon ja klinisen farmasian osaaminen on pyrittävä ratkaisemaan erilaiset organisaatio- ja sektorirajat ylittävällä moniammatillisella yhteistyöllä. Johdon tulee huomioida henkilömitoituksessa, että järkevää lääkehoitoa tukevaa asiantuntemusta on riittävästi saatavilla. Organisaatioiden tulee kuvata paikallisesti oma toimintatapa tunnistaa lääkitysongelmainen potilas ja lääkehoidon optimoinnin prosessi.

Organisaatioiden tulee huolehtia iäkkäiden potilaskohtaisten lääkehoitosuunnitelmien laatimisesta ja ylläpitämisestä. Potilaskohtaisten lääkehoitosuunnitelmien laadintaan tulee ottaa mukaan aktiivisesti potilas tai hänen omaisensa. Suunnitelmien tulee olla kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien käytettävissä.

5.3 Rakennetaso

Terveystietojärjestelmän ja hoitokäytännöt eivät tällä hetkellä tue riittävästi potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Hoitovastuut pirstaloituvat ja kenelläkään ei ole kokonaisvastuuta. Tarvitaan laajaa sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota, joka luo edellytykset potilaan kokonaisvaltaiselle hoitamiselle. Järkevän lääkehoidon toimeenpanon ja moniammatillisuuden on oltava keskeisinä asioina kaikissa valtakunnallisissa terveydenhuoltoon liittyvissä strategioissa. Myös valtakunnallisen koulutuspolitiikan tulee tukea järkevän lääkehoidon edistämistä.

Potilastiedot kulkevat puutteellisesti terveydenhuollon tietojärjestelmissä. Tämän vuoksi rakennetasolla tulee edistää valtakunnallisen lääkityslistan nopeaa käyttöönottoa ja potilastietojärjestelmien laajaa integraatiota sekä potilastietojen sujuvaa liikkumista kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien tahojen välillä. Lisäksi tarvitaan yhteisten kansallisten kirjaamiskäytäntöjen määrittämistä.

Tietojärjestelmien kehittyminen helpottaa moniammatillista yhteistyötä. Potilaan lääkehoitoa toteuttavien terveydenhuollon ammattilaisten työtä voidaan tukea ohjelmistoilla, joilla käsitellään laajoja tietomääriä ja poimitaan

potilaskohtaista tietoa. Potilasturvallisuutta voidaan lisätä integroimalla entistä paremmin hoitosuosituksia sähköisiin potilastietojärjestelmiin, jolloin potilaan tiedot diagnooseista, lääkityksestä, tehdyistä toimenpiteistä ja tutkimustuloksista yhdistetään hoitosuosituksien tietoon.

lääkkäiden järkevää lääkehoitoa ja lääkkeenmäärittämistä voitaisiin edistää huomioimalla ne paremmin Käypä Hoito-suosituksissa. Säännöllisistä lääkehoidon arvioinneista tulisi antaa nykyistä tarkempia määräyksiä. Järkevän lääkehoidon edistämiseksi tarvitaan moniammatillinen verkosto ja siinä tapahtuvaa vertailukehittämistä. Tämän tueksi tarvitaan kansallisen tason koordinaatiota, jota toteutetaan vuonna 2016 sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämässä Rationaalisen lääkehoidon toimeenpano-ohjelmassa. Kaikkien rakennetason lääkehoidon kehittämistä tekevien organisaatioiden tulee osallistua yhteiseen kehittämistyöhön ja on sovittava kansallisen tason indikaattorit iäkkäiden lääkehoidon onnistumisen seuraamiseksi. Tämän tyyppinen organisoituminen auttaisi parhaiten suuntaamaan päätöksentekoa tukevan tutkimustoiminnan painopistealueita.

5.4 Kansalaiset

Potilaiden roolia tulee lisätä lääkkeiden järkevän käytön edistämisessä. Parhaiten potilaat voivat edistää järkevää lääkehoitoa ylläpitämällä omaa lääkitystietoa käyttämistään lääkkeistä (varsinkin, kun valtakunnallista listaa ei ole vielä käytössä). Potilaiden tulisi tietää, että ajantasaisesta tiedosta yksittäisellä henkilöllä käytössä olevista lääkkeistä ei ole saatavissa mistään muualta kuin potilaalta itseltään. Siksi potilaiden tai omaisten tulisi aina muistaa kertoa vastaanotolla lääkärille potilaalla todellisuudessa käytössä olevista lääkkeistä ja niiden käytöstä. Kansallinen Omakanta-palvelu tulisi rakentaa niin, että jatkossa kansalaiset voivat viestittää terveydenhuollon ammattilaiselle esimerkiksi lääkityslistan ajantasaistamisen tarpeesta, lääkehoidon ongelmista tai lääkehoidon seurannasta. Potilas on useimmiten oman pitkäaikaissairautensa tilanteen paras asiantuntija.

6. LIITTEET

LIITE 1. Moniammatillisen verkoston alkuvaiheen kokoamisessa käytetty haastattelurunko.

I Järkevän lääkkeiden käytön toteutuminen ja käytön ohjaus käytännössä.

- 1) Mitä ymmärrät järkevällä lääkkeiden käytöllä? Mikä merkitys järkevällä?
- 2) Miten lääkehoidot toteutuvat käytännössä omassa työssäsi/Suomessa laajemmin?
 - lääkitysturvallisuuden näkökulmasta?
 - lääkehoidon kokonaisarviointi tai muut eriaisteiset lääkitysten arvioinnit?
- 3) Toteutuvatko lääkehoidot käytännössä järkevästi?
- 4) Mikä toimii lääkeshoidoissa?
- 5) Mikä ei toimi lääkeshoidoissa? Miksi se ei toimi? Mitä näet keskeisinä lääkkeiden käytön haasteina? Miten ratkaisisit em. haasteita?
- 6) Miten ohjataan järkevään lääkkeiden käyttöön?

Toimijoiden verkosto.

Kun ajattelet lääkkeiden käytön näkökulmasta kokonaisuutta, niin mitkä ovat tärkeimmät toimijat työssäsi/kunnassasi/sairaanhoitopiirissä/Suomessa?

- Miten tätä toimijoiden verkostoa kannattaisi kunnassasi/sairaanhoitopiirissä/Suomessa lähteä kehittämään?
- Jotta yllä oleva konkretisoituu: Piirrä tämä verkosto paperille. Ketä muitameidän kannattaisi haastatella?
- Kirjataan paperille myös toiminnan keskeiset haasteet ja ratkaisuehdotukset.

II Moniammatillinen yhteistyö.

Yleiskeskustelun jälkeen siirrytään tarkemmin keskustelemaan moniammatillisuudesta lääkkeiden käytön toteuttamisessa ja ohjauksessa. Edelliseen keskusteluun liittyen:

- 1) Mitä/miten ymmärrät moniammatillisella yhteistyöllä?
- 2) Miten moniammatillisuutta toteutetaan/hyödynnetään mielestäsi käytännössä lääkkeiden käytön toteuttamisessa ja ohjauksessa omassa työssäsi/Suomessa laajemmin?
- 3) Mitä moniammatillisuuteen liittyviä haasteita on työssäsi/Suomessa laajemmin liittyen lääkkeiden käytön toteuttamiseen ja ohjaukseen?
- 4) Minkälaisia kokemuksia on moniammatillisesta yhteistyöstä lääkkeiden käytön toteuttamisessa ja ohjauksessa?
- 5) Miten olette kokeneet eri professioiden välisen yhteistyön lääkkeiden käytön toteuttamisessa ja ohjauksessa?
- 6) Minkälaisia haasteita olette kohdanneet moniammatillisessa yhteistyössä lääkkeiden käytön toteuttamisessa ja ohjauksessa?
- 7) Mitä tukea tarvitsette moniammatilliseen yhteistyöhön lääkkeiden käytön toteuttamisessa ja ohjauksessa?

III Projektin esittely → kuvata Fimean rooli (tiedonkulku, dokumentointi).

Tausta ja tarve (tärkeä korostaa, että nämä ovat alustavia) verkosto päättää

- Projektin tavoitteet
- Projektin verkoston rakenne ja toteuttamisen vaiheet

IV Moniammatillinen verkosto iäkkäiden lääkkeiden käytön järjeistämiseksi -projektin toteutumisen edellytykset.

- 1) Hyöty – toimintamallit, sisällöt, käytännön työkalujen kehittäminen & uudistaminen
- 2) Miten rahoitus?
- 3) Jos projektilla ei ole edellytyksiä, niin miksi niitä ei ole?
- 4) Mitä voisimme tehdä, jotta moniammatillinen verkosto iäkkäiden lääkkeiden käytön järjeistämiseksi -projektilla olisi edellytykset toteutua?

V Millä synnyttämme käytännön toimijoiden motivaation – innostuksen?

- 1) Mitä meidän pitäisi tarjota käytännön toimijoiden mukaan saamiseksi?
- 2) Riittääkö motivoimaan
 - käytännön työtä helpottavien ratkaisujen saaminen omaan käyttöön
 - tuen saaminen omaan kehittämistyöhön
 - verkostojen syntyminen?
- 3) Lähtisitkö itse mukaan projektiin, ja jos lähtisit, niin mitä odotuksia Sinulla on?
Paljonko Sinulla olisi mahdollista käyttää aikaa projektiin? (työpajat, seminaarit, itsenäinen työskentely, intranet)

VI Kansallinen ohjeistus lääkehoidon kokonaisarviointista.

- 1) Mitä ohjeistuksissa olisi otettava huomioon?
- 2) Iäkkäiden elektroninen työkalupakki – tarpeellisuus?

LIITE 2. Moniammatillisen kehittämisverkoston työpajojen sisältö vuosina 2012–2015.

2012

27.9.2012

Päivän teemana: Iäkkäiden lääkehoito
Iäkkäiden lääkehoito – nykytila ja kehittämisetodotuksia
(yleislääketieteen emeritusprofessori ja geriatrisen
lääkehoidon dosentti Sirkka-Liisa Kivelä)

Ryhmätyöskentely:

Kehittämistiimien esittäytyminen pienryhmissä learning
café -menetelmällä
Kehittämistiimien sijoittuminen potilaan lääkehoitopolulle,
potilaan lääkehoitopolun ongelmat ja kehittämistarpeet

15.11.2012

Päivän teemana: Moniammatilliset toimintamallit

Ryhmätyöskentely:

Tutustuminen kehittämistiimien toimintamalleihin
posterinäyttelyssä
Posterien suulliset esitykset ja niiden kommentointi

2013

7.2.2013

Päivän teemana: Moniammatillisuus
Moniammatillisuus käsitteenä ja käytännössä
– vertailu kehittämisverkoston työskentelyyn
(Professori Marja Airaksinen, Helsingin yliopisto)

Ryhmätyöskentely:

Posterien työstiminen pienryhmissä kansalliseen
seminaariin

16.5.2013

Päivän teemana: Kehittämisprosessin tuotteistaminen
Alustus rutiineista ja niiden muuttamisesta (KTT, tutkija
Timo Järvensivu, Aalto yliopiston kaupakorkeakoulu)
Alustus kehittämisprosessin tuotteistamisesta
(Jouni Ortju, Laatuakoulutus)
Asiakkaan näkökulma ja keskustelua
(kokemuskouluttaja Eira Mäkitalo)

Ryhmätyöskentely:

Moniammatillinen kahvila:
Aamupäivän alustusten, koko vuoden kokemusten ja
potilaan puheenvuoron pohjalta keskustelua
World-café -menetelmällä:
Miten tästä yhdessä eteenpäin?
Miten päästään moniammatilliseen tahtotilaan
kaikkialla käytännössä?
Tietokartan muodostaminen yhdessä keskustellen

19.9.2013

Päivän teemana: Lääkehoidon arvioinnissa ja järjeistä-
misessä käytettävät työkalut
Apteekkariliiton Salko-tietokanta (Asiantuntijaproviisori,
Saija Leikola, Apteekkariliitto)
Fimean iäkkäiden lääkityksen tietokanta (Proviisori, FaT
Jouni Ahonen, Kuopion yliopistollisen sairaalan apteekki)
Duodecimin päätöksentekijärjestelmä
(Peter Nyberg, Duodecim)
Medbase Oy:n Pharaoh-tietokanta (Kari Laine, Medbase)

Ryhmätyöskentely:

Fimean, THL:n ja Valviran johdon vierailu verkostossa
SWOT-analyysin purkaminen
Moniammatillisten tiimien toimintamallien työstiminen

14.11.2013

Päivän teemana: Toiminnan vaikutusten mittaaminen
Vaikutusten mittaamisen perusteet
(Hannes Enlund, tutkimuspäällikkö, Fimea)
Rohto-verkoston kokemukset toiminnan vaikutusten
mittaamisesta (Minerva Krohn, perusterveydenhuollon
kehittäjäylilääkäri, THL)
Vaikutusten mittaaminen terveydenhuollon yrityksessä
(Mikko Laine, Terveystalo)

Ryhmätyöskentely:

Tiimien tuotekorttien esittely ja kalamaljasparraus:
Jokaisella tiimillä 5 minuutin myyntiteatteriesitys.
Tämän jälkeen 5 minuutin johdon ja kuntapäätäjien
kalamaljasparraus
Yhteisten mittareiden luominen tiimeille
ryhmätyöskentelynä

2014

6.2.2014

Päivän teemana: Lääkitysten arvioinnit
Erilaiset lääkityksen arvioinnit ja niiden kriteerit
(Professori Risto Huupponen, Turun yliopisto)
Kenelle kannattaisi tehdä lääkityksen arviointeja?
Hyödyt ja kustannukset maksajan näkökulmasta.
(Erikoistutkija Leena Saastamoinen, Kela)
Lääkityksen arvioinnin tarpeita kotihoidon ja ympärivuoro-
kautisen hoidon asiakkailla Rai-järjestelmän perusteella
(Ylilääkäri, Matti Mäkelä, THL)

Ryhmätyöskentely: Hoitopolkuluonnoksen pohjalta
ryhmätyöskentelyä

15.5.2014

Päivän teemana: Lääkehoitoprosessien mallinnus ja kehittäminen

Lääkehoitoprosessien mallinnus ja kehittäminen
(konsultti *Leo Lauramaa, Kukonaskel Oy*)

Moniammatillisen verkoston logon esittelyä

Ryhmätyöskentely: Työkalujen yhdessä työstäminen tiimityöskentelynä ja yhteisesti

18.9.2014

Päivän teemana: Mittaaminen

Mittaaminen tueksi parhaiden käytäntöjen tunnistamiseen ja kehittämiseen (*Apulaisprofessori Janne Martikainen, Itä-Suomen yliopisto*)

Ryhmätyöskentely: Työkalujen työstäminen mittaamiseen yhdessä tiimityöskentelynä

13.11.2014

Luentojen teemana: Rakennetason ratkaisut järkevän lääkehoidon toimeenpanemiseksi

Sote-uudistus ja potilaan kokonaisvaltaisen hoidon edistäminen (*Emeritusprofessori Martti Kekomäki*)

Ryhmätyöskentely: Työskentelyä yhdessä ja tiimeinä Open Space -työtavalla

2015

5.2.2015

Päivän teemana: Erilaisia moniammatillisia toimintatapoja järkevän lääkehoidon toteuttamiseksi
Geriatrinen poliklinikka moniammatillisena toimintatapana (*Farmaseutti Susanna Lauroma ja LT Paula Viikari, Turun kaupunki*)

Ryhmätyöskentely:

Mittarityöryhmä esittelee ehdotuksen 3–5 yhteisestä mittarista ja sen jälkeen ryhmätyöskentelyä
Simulointiharjoituksia (tutustutaan kahden tiimiparin toteuttamiin lääkehoidon arviointimalleihin ja moniammatilliseen toimintaan)

21.5.2015

Päivän teemana: Erilaisia moniammatillisia toimintatapoja järkevän lääkehoidon toteuttamiseksi
Terve Kuopio -kioskin moniammatillinen toimintamalli (*Mari Tuuli Korhonen ja Kirsti Laitinen*)
Paneelikeskustelu: Miten suositukset implementoituvat käytäntöön? Panelisteina *Riitta Ahonen (Itä-Suomen yliopisto)*, *Jorma Komulainen (Duodecim)*, *Olli-Pekka Ryytänen (Itä-Suomen yliopisto)* ja *Katriina Kankkunen (Kuopion kaupunki)*.

Ryhmätyöskentely:

Kansallinen selvityksen ja suosituksen työstämistä ryhmätyöskentelyä
Simulointiharjoittelua (*kahden tiimiparin toteuttamiin lääkehoidon arviointimalleihin ja moniammatilliseen toimintaan*)

17.9.2015

Päivän teemana: Mitä olemme saaneet aikaiseksi tähän mennessä?

Moniammatillisten tiimien toimintamallien esittely. Verkoston tiimit esittivät toimintamallejaan ja tuloksia vastaamalla seuraaviin kysymyksiin

Millä mittareilla toimintatapaa/-mallianne on arvioitu? Mitkä ovat tulokset käyttämillänne mittareilla?

Paljonko lääkityksen tarkistuksia/läkehoidon arviointeja ja kokonaisarviointeja on tehty kehittämässänne moniammatillisessa toimintatavassanne/-mallissanne?

Mitä on tehty tiiminne moniammatillisessa kehittämissyöissä?

Minkälaista toimintatapaa/-mallia on kehitetty?

Onko kehitetty toimintatapa/-malli käytössä?

Jos se ei ole käytössä, niin miksi ei?

19.11.2015

Päivän teemana: Missä olemme tällä hetkellä ja miten viestimme tuloksistamme?

Luento: Evästyksiä ja käytäntöjä verkoston yhteisen viestinnän kehittämiseen: Minkälainen on hyvä ydinviesti? Minkälainen on hyvä some-viesti ja miten viestimme verkostona tehokkaasti somessa?

(*Olli Vainio, Voimisto Oy*)

Keskustelua verkoston tulevaisuudesta

World Café -menetelmällä

Liite 3. Moniammatillisten tiimien yleiskuvaukset ja tavoitteet.

Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä ja alueen apteekit

Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä huolehtii seudun väestöpohjaltaan noin 35 000 kansalaisen erikoissairaanhoidosta sekä perusterveyden- ja sosiaalihuollosta. Hyvinvointikuntayhtymä tekee yhteistyötä seudun apteekki- en kanssa aktiivisesti. Toimijoilla on käytössä mm. oma sosiaalinen media, Jobberi, joka mahdollistaa tiedon liikkumisen, kysymisen ja keskustelun sekä tiedottamisen lääkäreiden, hoitajien ja apteekkilaisten välillä.

Forssan tiimillä on ollut tavoitteena kuvata koko lääkehoidon ketju sekä tunnistaa sen heikot lenkit ja ratkaista niitä moniammatillisesti. Tavoitteena on ollut vahvistaa koko lääkehoidon ketjua tukemaan ikäihmisen lääkehoidon onnistunutta toteutumista. Toimivuuden perustana on eri asiantuntijoiden toiminnasta syntyvä lääkehoitokulttuuri, jossa kansalaisilla on oikea asenne lääkehoitoa kohtaan. Yhteistyön tavoitteena on tiedottaa yhdenmukaisesti. Paikallinen media on auttanut tiedon välittämisessä kansalaisille. Kuntayhtymän alueella on panostettu esimerkiksi siihen, että kaikki lääkkeiden käyttäjät kantaisivat mukaan ajantasaista lääkityslistaa. Erillisiä lääkityskortteja on jaettu paikkakunnalla pidettävillä Hyvinvointimesuilla, lääkehoitopäivien yhteydessä sekä potilasjärjestöjen tapaamisissa. Potilas saa esimerkiksi vastaanotokäyntien ja sairaalasta kotiutumisen yhteydessä potilastietojärjestelmästä mukaansa ajantasaisen lääkityslistan. Lääkityslistan ajan tasalla pitämiseksi on selkeytetty ohjetta kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten oikeuksista ja velvollisuuksista.

Turvallinen/asianmukainen lääkehoito perustuu kunnolliseen lääkehoidon suunnitteluun, jonka tueksi on olemassa toimivia työkaluja integroituna potilastietojärjestelmään. Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymässä on kaikilla toimijoilla käytössä tiedon liikkumista helpottamaan yhteinen potilastietojärjestelmä, myös yksityisillä hoivakodeilla ja kotihoidon yksiköillä. Kehitettävänä olisi järjestelmän ulottaminen avoapteekkeihin. Kun lääkkeitä toimitetaan apteekkeista ja annostellaan erilaisissa hoivayksiköissä, on ensiarvoisen tärkeää opastaa lääkkeitä oikeaan käsittelyyn ja käyttöön. Jaettavan tiedon tulee olla ajantasaista ja yhteneväistä. Forssan alueella on kartoitettu oppimisen haasteita ja tavoitteita niin hoitajilta, lääkäreiltä kuin apteekkilaistilailta. Yhteisiä koulutuksia ja organisaatorajat ylittäviä työpajoja pidetään säännöllisesti. Osaamisen vahvistamista tukemaan on tehty opetusvideoita eri aiheista, kuten esimerkiksi unilääkkeet, lääkkeet ja kaatuminen, yhteisvaikutukset ja riskilääkkeet.

Lisäksi koulutukset ja erilaiset tietoisuuskampanjat taltioidaan, jotta niihin olisi mahdollisuus palata milloin ja missä tahansa.

Lisäksi lääkkeiden käyttäjillä on mahdollisuus saada eriasteisia lääkehoidon arviointipalveluita joko avoapteekkeista tai sairaanhoitajan/lääkärin pyynnöstä hyvinvointikuntayhtymästä. Lääkehoidon arvioinnit ja lääkitysten kuntoon laittaminen toteutetaan moniammatillisesti yhteistyössä lääkärin, hoitajan ja farmaseutin tai proviisorin sekä asiakkaan/potilaan kanssa. Omainen otetaan tarvittaessa mukaan lääkehoidon arviointiin. Lääkityksen kuntoon saattaminen voi tapahtua erikoissairaanhoidon osastolla, vastaanotokäynnillä, kotihoidossa, palvelukodissa asuvalle tai apteekissa asioivalle. Mahdollisen lääkitysongelman tunnistamiseksi on käytetty Fimean moniammatillisen verkoston tiimien yhdessä laatimaa lääkitysongelman potilaan tunnistamisen -lomaketta ja THL:n Ikinä -lomaketta. Lääkehoidon arviointia varten on laadittu erillinen työkalu/muistilista.

Lääkehoidon seuranta on koko toimivan ketjun mahdollistava ja ylläpitävä lenkki. Siksi lääkehoidon vaikutusten seurantaa ja lääkitysongelmien tunnistamista tulee tehdä jokaisessa ketjun osassa. Niin potilaan, kuin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön tulee seurata lääkehoidon hyötyjä ja mahdollisia haittoja sekä tarvittaessa raportoida näistä eteenpäin.

Hyvinkään kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi

Hyvinkään sosiaali- ja terveystoimi tarjoaa terveydenhuollon palveluja sekä koti- ja laitospalveluja kaupungin lähes 47 000 asukkaalle. Yli 65-vuotiaiden osuus hyvinkääläisistä oli vuonna 2014 noin 19 % ja ikääntyneiden määrän arvioidaan kaksinkertaistuvan vuoteen 2030 mennessä. Ikääntyneiden määrän kasvu tulee näkymään muistisairauksien ja muiden pitkäaikaissairauksien yleistymisenä sekä monisairaiden lukumäärän kasvuna.

Hyvinkäällä iäkkäiden lääkehoidon kolme tärkeintä kehittämiskohdetta ovat olleet 1) monilääkitysten ja lääkitysongelmaisten tunnistaminen sairaalakierteen katkaisemiseksi, 2) toimivan työvälineen laatiminen iäkkäiden lääkehoidon arviointiin sekä 3) hoitohenkilökunnan säännöllinen kouluttaminen iäkkäiden lääkehoitoon.

Monilääkitysten ja lääkitysongelmaisten tunnistamisen parantamiseksi on Hyvinkäällä kehitetty jo aiemmin aloitettua osastofarmasiatoimintaa. Kehittämistiimi on laatinut organisaation käyttöön lääkehoidon prosessikuvauksen, jonka tarkoituksena on auttaa henkilökuntaa toteutta-

maan potilaiden lääkehoitoa turvallisesti. Moniammatillista yhteistyötä on lisätty lääkehoidon ongelmien ratkaisemiseksi heti hoitojakson alussa. Kehittämistiimi on laatinut henkilökunnan käyttöön yksinkertaisen työvälineen, jolla on helpompi tunnistaa ja ratkaista iäkkäiden lääkehoidossa esiintyviä ongelmia. Lisäksi kehittämistiimi kouluttaa säännöllisesti kaksi kertaa vuodessa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökuntaa iäkkäiden lääkehoitoon. Vuonna 2013 aloitettuihin koulutuksiin on osallistunut tähän mennessä noin 15 % koko henkilökunnasta ja palaute on ollut positiivista.

Itä-Savon sairaanhoitopiiri (Sosteri)

Itä-Savon sairaanhoitopiiri on Savonlinnan seudulla oleva noin 46 000 asukkaan sairaanhoitopiiri, jossa erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuolto ja sosiaaliala ovat toimineet samassa organisaatiossa vuodesta 2007 asti. Sosteri sijaitsee Kuopion yliopistosairaalan erä-alueella.

Väestöstä on yli 65-vuotiaita 27,8 %. Ennusteen mukaan yli 65-vuotiaiden osuus lisääntyy niin, että vuonna 2020 osuus on 36,7 %, vuonna 2030 43,0 % ja vuonna 2040 45,9 %.

Kotihoitoa on kehitetty voimakkaasti laitospaikkojen vähentämisen ja portaattoman hoitomallin käyttöönoton vuoksi. Kotihoidossa on nyt 1100 asiakasta.

Sairaala-apteekin osastofarmasiaa on kehitetty kliiniseen suuntaan erityisesti perusterveydenhuollossa. Keväällä 2013 todettiin osastokierroilla olevan tarve lääkehoidon arvioinnille. Moniammatilliseen verkostoon liittymisen jälkeen osastokierron moniammatillista lääkehoidon arviointitapaa alettiin siirtää Sulkavan kotisairaanhoidon vuosina 2013–2014. Näiden kokemusten perusteella kehittämistyötä on jatkettu Sulkavan avohoidossa ja kaikissa lsshp:n kotihoidon yksiköissä vuosina 2014–2015. ILMA-tutkimuksessa käytetään kehittämistyössä muotoutunutta moniammatillista lääkehoidon arviointia. Organisaatio on päättänyt ottaa käyttöön moniammatillisen lääkehoidon arvioinnin normaaliin potilastyöhön osastoilla ja kotihoidossa ILMA-tutkimuksen päättymisen jälkeen.

Läkehoidon arvioinnissa hoitaja vastaa potilaan esitietojen keräämisestä ja voimien seurannasta. Sairaala-apteen farmaseutti tai proviisori tuo tietoa potilaan lääkehoidosta. Lääkäri vastaa diagnosoinnista, hoidon määräämisestä, lääkityslistan ja reseptien ylläpitämisestä. Keskeinen osa työtapaa on tiimin kokoontuminen, jossa käydään läpi potilaan kokonaistilanne ja keskustellaan siitä eri ammattiryhmien näkökulmista sekä tehdään päätökset ja kirjataan ne potilastietojärjestelmään.

Kirkkonummen terveyskeskus – ikäihmisten hyvinvointipalvelut

Kirkkonummen sosiaali- ja terveysterveystarjonta on kunnan lähes 39 000 asukkaalle. Ikääntyneen väestönosan kasvu on ollut voimakasta. Sodan jälkeen syntyneet suuret ikäluokat ovat tulleet varhaiseen eläkeikään. Jatkossa uusia eläkeläisiä tulee kuitenkin vuosittain vähemmän kuin on tullut viimeisten viiden vuoden aikana. Eläkeläisiä tulee kaikesta huolimatta enemmän kuin vanhemmasta päästä poistuu, joten koko ikääntyneen väestönosan koko kasvaa vielä pitkään. Samaan aikaan suurimmat ikäluokat vanhenevat ja tarvitsevat sen myötä yhä enemmän tukea ja palveluja. Vaikka eläkeikään tulevien määrä kääntyy ennusteen mukaan kunnassa laskuun jo tällä valtuustokaudella, niin raskaampia palveluja tarvitsevien vanhimpien ikäihmisten määrä lisääntyy koko ajanjakson ajan. Tulevat 20 vuotta ovat palvelujen järjestämisen kannalta erittäin haasteellisia. (Tilastokeskuksen ennuste kuluvalle valtuustokaudelle ja vuosille 2020 ja 2025.)

Kirkkonummen kotihoidossa 239 asiakasta saa säännöllistä kotihoitoa. Heistä on suurin osa (174 asiakasta) yli 75-vuotiaita.

Kirkkonummen terveyskeskuksen kehittämistyössä on ollut kaksi toimintamallia. Ensimmäisen osan tarkoituksena on ollut farmaseutin asiantuntemuksen hyödyntäminen kotisairaanhoidon vuosikontrollien yhteydessä. Siinä on toteutettu ikäihmisten palveluissa moniammatillista toimintamallia potilaiden terveydentilan seurantaan. Mallissa ovat mukana aina sairaanhoitaja ja lääkäri.

Lisäksi on mietitty, miten kotihoito voisi hyödyntää kunnan farmaseuttien osaamista lääkehoidon turvallisuuden varmistamisessa erityisesti ikäihmisillä. Kotihoidon lääkärin ja sairaanhoitajan sekä farmaseuttien kesken on laadittu kriteerit, joilla kotisairaanhoidon tai lähihoitajan ohjaa potilaan farmaseutin arvioon. Kotisairaanhoidon kartoittaja potilaat kriteerien perusteella. Sen jälkeen kotisairaanhoidon haastattelee potilaan hänen kotona, minkä jälkeen kotisairaanhoidon toimittaja kartoituksen tulokset Kirkkonummen terveyskeskuksen farmaseutille. Hän tutustuu taustatietoihin ja tarkistaa lääkityksen sekä kirjaa tulokset potilastietojärjestelmään. Farmaseutti toimittaa lääkityksen tarkistuksen tulokset hoitavalle lääkärille, joka muuttaa tarvittaessa lääkehoitoa yhteistyössä potilaan ja kotisairaanhoidon kanssa. Moniammatillinen toimintamalli farmaseutin asiantuntemuksen hyödyntämiseksi kotisairaanhoidon vuosikontrollien yhteydessä on otettu käyttöön koko Kirkkonummen kunnan alueella.

Kirkkonummen terveyskeskuksen kehittämistyön toisessa osassa on tarjottu farmaseutin vastaanottoa kroonisia

kansansairauksia sairastaville lääkärin tai sairaanhoitajan lähettäminä. Toiminta on kohdennettu aluksi tyypin 2 diabetesta ja astmaa sairastaville.

Vuoden 2015 aikana Kirkkonummella on otettu käyttöön RAI-arviot. Niitä on jatkossa tarkoituksena pystyä hyödyntämään tulevaisuudessa lääkehoidon arvioinneissa.

Kuopion kaupungin Leväsen palvelukeskus ja Kuopion yliopistollisen sairaalan apteekki

Kuopion kaupungin Leväsen palvelukeskuksen osastolla 3 tarkistettiin potilaiden kokonaislääkityksiä lääkärin ja sairaanhoitajan yhteistyönä vuoden 2012 alusta vuoden 2013 elokuuhun asti. Erikoislääkärin ja erikoissairaanhoitajan lisäksi mukana oli kaikki osaston hoitotyöntekijät.

Kaikkien osaston asukkaiden terveydentila (laboratorioko-keet, ortostaattinen verenpaine, paino, BGT, GFR, ALB) ja lääkehoito arvioitiin. Toimintaa kehitettiin moniammatillisen verkoston myötä niin, että koneellinen annosjakelu aloitettiin syyskuussa 2012 Kuopion yliopistollisen sairaalan sairaala-apteekin kautta. Samalla aloitettiin laajempi moniammatillinen yhteistyö farmasian osaajien kanssa. Tavoitteena oli työstää toimiva turvallisen lääkehoidon moniammatillinen yhteistyömalli.

Kuopion kaupungin perusterveydenhuollon Terve Kuopio -kioski ja Itä-Suomen yliopiston apteekki

Kuopiolaisista 75 vuotta täyttäneitä oli vuonna 2009 noin 7 %, vuoteen 2030 mennessä määrä liki kaksinkertaistuu. Vuonna 2030 joka neljäs kuopiolainen on yli 65-vuotias. Tutkimusten mukaan yli 75-vuotiaista kuopiolaisista lähes kaikki käyttävät ainakin yhtä lääkettä, keskimäärin heillä oli käytössään 7 lääkettä. Monilääkitys altistaa iäkkäät potilaat lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutuksille. Lääkitysongelmat aiheuttavatkin vuosittain lukuisia sairaalahoitojaksoja, joista suuri osa olisi ehkäistävissä säännöllisillä lääkitysarvioinneilla. Sairaalahoitoa vaativat kaatumiset ja murtumat ovat esimerkkejä lääkkeiden aiheuttamista haittatapahtumista iäkkäillä. Farmaseutit tai proviisorit tunnistavat potilaan lääkitysongelmia ja pystyvät auttamaan niiden ratkaisemisessa. Lääkehoidon ongelmien vähentäminen ja ennaltaehkäisy vaativat moniammatillista osaamista ja yhteistyötä. Rationaalisella lääkehoidolla voidaan ylläpitää iäkkäiden toimintakykyä ja säästää terveydenhuollon kustannuksia.

Terve Kuopio -kioski on maksuton ja ilman ajanvarausta toimiva perusterveydenhuollon toimipiste, jossa painopiste on ennaltaehkäisevässä asiakaslähtöisessä toiminnassa. Kioskista on mahdollista saada terveysneuvontaa, palveluohjausta, pienimuotoisia mittauksia, toimintakykyarvioita ja tarvittaessa asiakas ohjataan jatkotoimiin.

Tyypillinen terveyskioskin asiakas on ikäihminen, jonka käynnin syynä on terveydentilan arviointi, kuten verenpaineen mittaaminen. Lääkehoidolla on koettu olevan keskeinen rooli mm. iäkkään potilaan hoidossa. Lisäksi on tullut esille esimerkiksi seuraavia asioita: potilaan lääkitystiedot ovat usein puutteellisia, eri hoitopaikkojen tietojärjestelmiä ei pystytty hyödyntämään, eikä kokonaislääkitys ole oikein kenenkään hallinnassa. Siksi Kuopion kaupungin perusterveydenhuollon Terve Kuopio -kioskin toiminnassa mukana olevien Itä-Suomen yliopiston farmasian laitoksen ja Itä-Suomen yliopiston apteekin tavoitteena on ollut edistää turvallista lääkettä tunnistamalla asiakkaiden lääkitykseen liittyviä ongelmia moniammatillisessa tiimissä. Sen tavoitteena on ollut tunnistaa mahdolliset lääkitysongelmat ja ohjata jatkotoimenpiteisiin. Myös farmasian opiskelijat ovat päässeet tutustumaan ja harjoittelemaan kioskilla, mm. kliinisen farmasian jatkokurssin proviisoripöytätyöt ovat sairaanhoitaja-fysioterapeutti -työparien mukana toiminnassa ja Itä-Suomen yliopiston apteekissa harjoittelevat farmaseuttipöytätyöt pääsevät toteuttamaan valtakunnallista Lääkehoidon päivää kioskille.

Tammikuussa 2015 aloitettiin osana Kuopion yliopiston apteekin omaa henkilöstön kehittämisprojektia tiiviimpi yhteistyö Terve Kuopio -kioskissa: farmaseutti on kaksi tuntia joka toinen viikko arvioimassa potilaiden lääkkeitä kioskilla. Kehitetyllä lääkehoidon kartoituslomakkeella pyritään myös dokumentoimaan asiakkaiden mahdollisia lääkitysongelmiin liittyviä ongelmia sekä ohjaamista jatkotoimenpiteisiin.

Kuopion yliopistollisen sairaalan yhteispäivystys

Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) päivystysalueella työskentelee noin 120 henkilöä eri ammattiryhmistä. Vuorokauden aikana päivystysalueella hoidetaan likipitään 200:aa potilasta ja tulevaisuudessa yhä enemmän päivystysten keskittyessä. Suuri osa päivystyspotilaista on iäkkäitä, erikoissairaanhoidon potilaista joka neljäs ja perusterveydenhuollon potilaista joka kolmas on täyttänyt 75 vuotta.

Suuren potilasmäärän lääkitystietojen dokumentointi ja hallinta vaativat työntekijöiltä hyvää moniammatillista yhteistyötä, jotta lääkitystiedot siirtyvät eteenpäin virheettömästi. Aiempien tutkimusten mukaan päivystystilanteissa kirjatut lääkitystiedot jäävät hyvin usein puutteelliseksi. Ajantasaista lääkitystä on joskus lähes mahdotonta selvittää. Vaikka selvitystyö vaatii resursseja ja aikaa, niin toisaalta sairaalaan tulovaiheessa, päivystystilanteessa, tehty lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistus ja sen dokumentointi hyödyttää koko hoitoketjua ja vähentää lääkitysvirheiden mahdollisuutta.

Projektin tarkoituksena oli mm. selvittää yhteispäivystyksessä esiintyviä kotilääkityksen selvittämiseen ja dokumentointiin liittyviä haasteita ja luoda konkreettinen, moniammatillinen (lääkärit, hoitohenkilökunta, osastofarmaseutti) toimintamalli, jolla lääkitysturvallisuutta voidaan parantaa päivystysalueellamme, etenkin iäkkäiden ja monilääkittyjen kohdalla. Lisäksi testattiin lääkityksen selvittamis- ja turvatarkastuslomaketta sekä niiden soveltuvuutta päivystysalueen käyttöön. Projektissa hyödynnettiin myös proviisoriopiskelijan Pro Gradu -tutkielman sekä yhdessä Meilahden sairaalan kanssa tehdyn tutkimuksen tuloksia lääkitystietojen dokumentaatiosta päivystysalueellamme. Tämän lisäksi potilaita informoitiin kotilääkitystietojen tarpeellisuudesta päivystysalueella ja laadittiin huoneentauluja muistuttamaan potilaille lääkityslistan tärkeydestä sekä yleiseen lääketurvallisuuteen liittyvistä asioista. Projektissa laadittiin myös hoitohenkilökunnan käyttöön ohje ns. riskilääkkeistä.

Lahden kaupunki, sosiaali- ja terveystoimiala

Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimiala vastaa perustason sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista Lahden kaupungissa. Lahti hankkii erikoissairaanhoidon palvelut Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymältä (PHSOTEY). Lahden kaupungin sairaala-apteekki vastaa kaupunginsairaalan sekä kaupungin muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden lääkehuollosta. Vuonna 2012 tehtiin päätös sairaala-apteen klinisen farmasian palveluiden laajentamisesta kotihoitoon ja tuettuun palveluasumiseen. Tavoitteena on ollut kehittää klinisen farmasian palveluita tukemaan ikäihmisten kotona asumista ja kodinomaista palveluasumista.

Lahden kaupungin kotihoidossa on noin 1000 asiakasta ja tuetussa palveluasumisessa noin 400 asiakasta. Kotihoidon ja palveluasuminen klinisen farmasian palveluiden kehitystyö aloitettiin Fimean moniammatillisen verkoston toiminnan käynnistymisen myötä. Lähtökohtana on ollut lääkitysongelmaisten potilaiden tunnistaminen ja havaittujen lääkitysongelmien moniammatillinen ratkaiseminen.

Vuonna 2013 Lahdessa käyttöön otettuun RAI-ikäkkäiden toimintakyvyn arviointijärjestelmään rakennettiin seulontatyökalu lääkitysongelmaisten asiakkaiden tunnistamiseksi. RAI-seulontatyökalua on kehitetty hankkeen aikana monipuolisemmin lääkehaittoja kuvaavaksi lääkeshoidon arvioinnin tietolähteeksi. Kotihoidon ja palveluasumisen moniammatillisen lääkeshoidon arviointimallin lähtökohtana on ollut Lahden kaupunginsairaalan osasto L41:n lääkeshoidon arviointikäytäntö. Mallia on kehitetty edelleen benchmarkkaamalla sitä muiden moniammatillisen verkoston kehittämistiimien toimintamallien kanssa. Kolmevuotisen hankkeen aikana ajalla 11/2013–9/2015 kotihoi-

dossa ja palveluasumisessa moniammatillisia lääkeshoidon arviointeja oli tehty 102 potilaalle. Siirryttäessä uuteen kotihoidon lääkehuoltomalliin moniammatillinen lääkeshoidon arviointi tullaan sisällyttämään osaksi annosjakeluprosessia.

Lääkeshoidon arviointikäytännön kehittämisen rinnalla sairaanhoitajille on tehty työkaluja lääkeshoidon seurantaan. Pilotialueilla on otettu RAI-lääkehaittojen tunnistustyökalu osaksi lääkeshoidon seurantaa.

Palveluasumisessa toteutettavan lääkeshoidon turvallisuutta on parannettu kehittämällä osastokäyntien kaltainen lääkitysturvallisuuden auditointikäytäntö. Siinä sairaala-apteen farmaseutti käy vuosittain yksikön lääkeshovastaavan kanssa läpi lääkeshoitoprosessia ja sen kehityskohteita. Auditointien kautta on myös yhtenäistetty Lahden kaupungin palvelutalojen toimintakäytäntöjä.

Henkilökunta on kokenut geriatrisen lääkeshoito-osaamisensa lisääntyneen. Moniammatillisen yhteistyön kautta on tunnistettu ja ratkaistu myös lääkeshoitoprosessiin liittyviä ongelmia. Sairaala-apteekki on ollut asiantuntijana vahvasti mukana kotihoidon koneellisen annosjakelun kilpailutuksessa. Kotihoidon ja tuetun palveluasumisen klinisen farmasian palveluille on haettu kaupungilta jatkoresursointia vuodelle 2016, jolloin kehitetyt työkalut ja toimintamalli on tarkoitus vakiinnuttaa laajemmin osaksi vanhustenpalveluiden ja kuntoutuksen toimialan rakenteita.

Mehiläinen Hoivakartano ja Ylihärman apteekki

Ylihärma on osa Kauhavan kaupunkia. Kaupungin asukasluku on 17 000, josta 65 vuotta täyttäneiden osuus on 24,1 %. Mehiläisellä on 25 ikääntyneiden palvelukotia, joista Kauhavalla sijaitseva Hoivakartano on yksi. Hoivakartano tarjoaa yksilöllisesti tehostettua asumispalvelua 26 muistisairaalle moniammatillisen henkilökunnan toteuttamana.

Hoivakartanon ja Ylihärman apteen kehittämistyön tavoitteena on ollut luoda tiivis moniammatillinen tiimi tukemaan asukkaiden lääkeshoidon onnistumista. Tiimille ominaisin hyöty on löytynyt matalankynnyksen yhteydenottomahdollisuudesta.

Lääkeshoidon onnistumista tukevan yhteistyön kehittämisessä on ollut kaksi tasoa. Tiimin jäsenet ovat järjestäneet lääkeshoidon konsultaatiota ja koulutusta toistensa tarpeiden mukaan. Vuoropuhelulla on siirretty eri ammatiryhmien osaamista tiimin jäsenten ja muun henkilökunnan välillä. Apteen osalta tämä on tarkoittanut lääkeshoidon osaamisen ja lääkeshoidollisen tiedon, mukaan lukien koulutuksen, sekä erilaisten tukitoimintojen (esim. lääke-

hoitoprosessin kehittäminen ja konsultaatiot) tuottamista. Toisaalta on rakennettu lääkehoidon arviointi -palvelumallia, joka koostuu suppeammista lääkehoidon arvioinneista sekä tarvittaessa tehtävistä lääkehoidon kokonaisarvioinneista.

Läkehoidon kehittämistä on tehty sekä organisaatioiden operatiivisella että johtoryhmätasolla. Yhteistyön ympärille rakentunut hanke on luonut viitekehyksen ja tukenut kehittämistyötä. Ensisijaisena tavoitteena on nähty eri ammattiryhmien välisen vuorovaikutuksen syventäminen, osaamisen jakaminen sekä matalan kynnyksen yhteydenottomahdollisuuksien tukeminen ja lujittaminen. Strategisena tavoitteena on ollut viedä kehittämistyötä eteenpäin monitahoisesti, minkä seurauksena uusien teknologisten ratkaisujen käyttöönottoa on pohdittu, arvioitu ja toteutettu molemmissa organisaatioissa. Ikääntyneiden asumis- palveluissa työskentelevien hoitajien osaamista lääkehoidon vaikuttavuudesta on tutkittu opinnäytetyönä. Tulosten perusteella laadittu koulutussuunnitelma toteutetaan systemaattisesti ja vaikuttavuus arvioidaan prosessin jälkeen.

Oulun kaupungin terveyskeskuksen vuodeosastohoito

Oulussa asui vuoden 2014 lopulla lähes 200 000 asukasta. Koko Oulun asukkaista liki 6 % on yli 75-vuotiaita.

Oulun kaupungin hyvinvointipalveluissa on kehitetty avogeriatrisen asiakkaan toimintamallia vuodesta 2011 alkaen. Yhtenä toimintamallin kehittämiskohteena on ikäihmisen lääkehoito. Aluksi kehitettiin Haukiputaan terveyskeskuksen vuodeosastolla eriasteisten lääkitysten tarkistusten kriteerejä ja paikallista toimintamallia niiden toteuttamiseksi yhteistyössä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sairaala-apteekin ja Haukiputaan apteekin kanssa. Sieltä kehittämistoiminta siirtyi Höyhtyän terveysasemalle toteuttamaan moniammatilliseen lääkehoidon arviointiin liittyvää pilottia. Oulun terveysasemista pilotoinnin kohteeksi valittiin Höyhtyän terveysasema, koska terveysaseman alueella asui paljon yli 75-vuotiaita (13 % Oulun yli 75-vuotiaista).

Pilotissa farmaseutti työskenteli kaksi päivää viikossa Höyhtyän terveysasemalla. Pilotin aikana kokeiltiin erilaisia toimintamalleja eriasteisten lääkehoidon arviointien kehittämiseksi. Lääkäri tai hoitaja seuloi potilaat farmaseutin tekemään lääkehoidon arviointiin soveltuvien kriteerien tai omien kliinisten havaintojensa perusteella. Pilotissa sovitulla kriteereillä potilaiden lääkitysongelmia tunnistettiin potilailla ajanvarauksessa, infopisteessä, reseptin uusinnassa sekä hoidon tarpeen arvioinnissa, vastaanotolla, kotisairaanhoidossa ja palvelukodeissa. Farmaseutin tehtävänä oli tarkistaa potilaan ajantasainen lääki-

tyslista sekä arvioida lääkehoito joko omalla vastaanotolla tai suorittamallaan kotikäynnillä. Farmaseutti haastatteli ja kartoitti potilaan kokonaistilannetta lääkityksen kannalta. Arvioinnin tehtyään farmaseutti antoi kirjallisen ja sen lisäksi tarvittaessa suullisen raportin lääkärille. Tiimi kokoontui moniammatillisesti laittamaan potilaan lääkitystä kuntoon lähinnä kotisairaanhoidossa tai palvelukodeissa. Vastaanotolla potilaista keskusteltiin tarvittaessa lyhyesti muun työn lomassa. Lääkäri teki potilaan kokonaistilanteen perusteella tarvittavat lääkitysmuutokset ja jatkosuunnitelman. Osalle potilaista farmaseutti sopi seurantakäynnin itselleen. Farmaseutin mukaantulo oli uusi toimintamalli terveysasemalla. Farmaseutin ammattitaidon hyödyntämiseksi systemaattisesti potilaiden lääkehoidon arvioinneissa tarvitaan aktiivista tiedottamista asiantuntijapalvelun olemassaolosta.

Farmaseutti osallistui myös terveysasemalla pidettyihin kuukausittaisiin geriatrin konsultaatiotapaamisiin toimien oman alansa asiantuntijana.

Rovaniemen kaupungin terveyskeskuksen akuuttiosastot

Rovaniemi on noin 60 000 asukkaan kaupunki. Terveyspalvelukeskus vastaa rovaniemeläisten ikäihmisten palvelujen järjestämisestä. Terveyspalvelukeskuksen palvelukokonaisuudet ovat avovastaanotto toiminta, kotihoito, palveluasuminen, terveyskeskussairaala, suun terveydenhuolto ja mielenterveyspalvelut. Terveyskeskussairaala, johon kuuluu akuuttiosastot, kuntoutusosasto ja hoivaosastot sekä kotisairaala, tarjoaa perusterveydenhuollon hoidon ja hoivan rovaniemeläisille.

Rovaniemen kehittämistiimin kehittämisaikaa on painottunut tunnistamaan akuuttiosastoille (kolmella eri osastolla) tuleva lääkitysongelmainen potilas. Kehittämistyössä on määritelty potilaskriteerit lääkehoidon arviointiin. Tavoitteena on se, että jatkossa lääkitysongelmainen potilas tunnistetaan kaikkialla terveydenhuollossa: terveysasemilla, kotihoidossa, palveluasumisessa ja pitkäaikaissuodeosastoilla. Vuonna 2013 tehdyssä pilotissa on edistetty tiedon liikkumista eri toimijoiden välillä ja lääkityksen kuntoon laittamisen prosessia. Moniammatillinen tiimi tunnistaa potilaat tulossyyn perusteella, tarkistaa potilaiden lääkityksen ja tekee tarvittavat muutokset. Lääkityksen kuntoon laittamisessa käytetään voimassa olevia ja hyväksytyjä hoitosuosituksia, kirjallisuutta ja Terveysportin tietokantoja. Jokaisessa arvioinnissa käydään läpi samat asiat, ja jokaisen arvioinnin jälkeen toteutetaan myös seuranta. Muutoksista keskustellaan yhdessä potilaan ja/ tai hänen omaisensa kanssa, sekä huolehditaan muutoksien toteuttamisesta. Potilaan vointia seurataan osastolla, ja hänen kotiutumisensa jälkeen myös kotona tai palveluasumisessa. Lääkitysmuutosten seuranta toteutetaan

potilastietojärjestelmien avulla. Seuranta varten pyydetään potilaan/omaisen lupa. Lääkitysmuutosten seurannassa on sovittava tarkoin kuka seuraa ja miten seuraa, ja mitä tehdään siinä tapauksessa, jos seurannassa esiintyy jotain epäselvää. Pilotissa on määritelty kaikille selkeät roolit moniammatillisessa yhteistyössä.

Salon kaupungin terveydenhuollon palvelut ja vanhuspalvelut

Salo on noin 54 000 asukkaan kunta, jonka väestöstä 10 % on yli 75-vuotiaita. Moniammatillinen Lääkitysturvalisuustyöryhmä, jonka tehtävinä on ollut kehittää lääkehoitoa ja huolehtia potilasturvallisuudesta, on toiminut Salossa pitkään. Tavoitteena on ollut kehittää ketjua terveyskeskuksesta tai sairaalasta avohoitoon.

Suomen ensimmäinen kuntafarmaseutti on toiminut vuodesta 2006 lähtien. Farmaseutin työnkuva on painottunut jo pitkään kliinisen farmasian hyödyntämiseen ja lääkiturvallisuuden edistämiseen. Esimerkiksi Effica-viestipiikin kautta on voinut tehdä lääkehoidon konsultaatio- tai arviointipyyntöjä.

lääkkäiden lääkeytymisen järkeistämiprojekti aloitettiin yli 75-vuotiaille kaatumisen takia päivystykseen hakeutuneille potilaille. Potilaat olivat monisairaita ja useat heistä olivat kaatuneet jo aikaisemminkin. Projektin alkuarvioinnissa huomattiin potilailla olevan runsaasti käytössä kaatumiselle altistavia lääkkeitä. Esimerkiksi yli puolella oli käytössä bentsodiatsepiineja (58,5 %). Niinpä päätettiin, että yli 75-vuotiaiden kaatuneiden potilaiden lääkeytymislistat tulisivat farmaseutin arvioitavaksi. Farmaseutti kirjaa tekemänsä lääkehoidon arvioinnin muutosehdotuksineen Effican potilastietojärjestelmän FAR-lehdelle ja lähettää sen jälkeen viestipiikillä omalääkärille tiedon tehdystä lääkehoidon arvioinnista. Lääkärin vastuulla on huolehtia tarvittavista lääkeytymismuutoksista ja lääkeytymisen jatkototeutuksesta.

Kaatuilevien, yli 75-vuotiaiden potilaiden lääkeytymisen arvioinneista on muodostunut jatkuva käytäntö, josta on tiedotettu terveyskeskuksen ja TYKS Salon sairaalan lääkäreille sekä vanhuspalveluiden aluevastaaville ja tiiminvetäjille. Ennen kaatuneiden lääkeytymisarviointiprojektia lääkeytymismuutoksia oli tehty 22 %:lle kaatuilevista potilaista. Projektin käynnistymisen jälkeen kahden kuukauden seurantajakson aikana todettiin, että lääkeytymismuutoksia oli tehty 53 %:lle. Lääkehoidon arviointi on osa kaatumisen sekundaarista preventiötä. Farmaseutin kirjallinen arviointi on lääkärille työkalu lääkeytymisen mahdollisten haittojen ja hyötyjen arvioinnissa. Samalla pyritään kehittämään toimintakulttuuria, jossa arvioidaan lääkehoidon hyödyt ja haitat potilaan hoidon kokonaisuudessa. lääkkäiden lääkeytymisiin liittyvien säännöllisten koulutusten

kautta pyritään pääsemään primaaripreventioon eli estämään lääkeytymiseen liittyvät ongelmat jo ennen kuin potilas kaatuu tai saa muita haittavaikutuksia.

lääkkäiden lääkeytymisasiat ovat vakioaihe, kun lääkäri ja farmaseutti yhteistyössä perehdyttävät uusia lääkäreitä terveyskeskustyöhön. Farmaseutti on perehdyttänyt myös Suomen ulkopuolella valmistuneita lääkäreitä. Effica-navigaattorissa on oma lääkehoito-ohjeiden kansio, jonka alakansiossa on tietoa lääkkäiden lääkeytymiseen liittyvistä asioista.

Lääkeytymisongelman potilaan tunnistaminen on kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien vastuulla. Lääkkäreiden ja hoitajien avuksi on laadittu ”lääkkään lääkeytymisen arvioinnin” -taskuopas. Siihen on koottu yleistietoa iäkkään lääkehoidosta, yleisemmin käytössä olevista lääkkeistä, iäkkäillä vältettävistä lääkkeistä ja minkälaisissa tilanteissa lääkehoidon arviointi olisi tarpeellista. Tavoitteena on, että lääkäri harkitsisi lääkkeiden hyödyt ja haitat tarkasti jo määrätessään niitä.

Potilaille ja heidän omaisilleen on tehty ”lääkkäiden pieni lääkeytymisopas”, jolla kannustetaan potilaita/asiakkaita oman lääkeytymistietojensa hallintaan. Sitä jaetaan mm. lääkärivastaanotoilla, vuodeosastoilla, kotihoitoon potilaille ja avoapteekeissa.

Lisäksi on sovittu, että lääkärit tekevät päivitysmerkinnän potilaan lääkeytymislistaan aina ajantasaisuuden tarkistuksen jälkeen. lääkkäät potilaat, joiden lääkeytymislistaa ei ole tarkistettu vuoteen, ja jotka varaavat kiireettömän ajan lääkärille, saavat postissa kopion omasta lääkeytymislistastaan ja pyynnön tuoda se korjattuna tullessaan lääkärin vastaanotolle.

Selänteen peruspalvelukuntayhtymä

Pohjois-Pohjanmaan kuntayhtymä Selänne järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut Haapajärven ja Pyhäjärven kaupunkien sekä Reisjärven kunnan asukkaille. Selänteen väestöpohja on n. 16 000 asukasta.

Kehittämistiimi on koostunut kaikkien kolmen kunnan edustajista. Ohjausryhmä perustettiin valvomaan toiminnan etenemistä. Kehittämiskokonaisuudeksi on valittu potilaan turvallisen lääkehoidon suunnittelu ja yhteisen toimintamallin laatiminen. Kehittämistoiminnan tavoitteena on ollut saada yhtenäiset toimintatavat kuntayhtymässä lääkeytymislistan ajantasaisuuden tarkistamiseen, lääkeytymisongelman potilaan tunnistamiseen ja lääkeytymisen kuntoon laittamiseen. Hoitosuunnitelman päivityksen yhteydessä tarkistetaan lääkeytymislistan ajantasaisuus lääkärin toimesta ja lääkehoito arvioidaan säännöllisesti vuosittain. Potilaan vointia seurataan, ja kun vointi muut-

tuu, niin tarkistetaan lääkitys. Kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen on koettu erittäin tärkeäksi, kuten esim. kotihoidon varten yhteenvedot hoitajakson päättyessä. Lääkitys laitetaan kuntoon tekemällä eriasteisia lääkehoidon arviointoja pääsääntöisesti yhteistyössä oman terveyskeskuslääkärin kanssa. Lääkitysmuutoksissa uusien lääkkeiden vastetta ja muiden lääkitysmuutoksien vaikutuksia seurataan erilaisilla mittauksilla ja laboratoriokokeilla. Tarvittaessa ollaan yhteydessä lääkäriin. Lisäksi kehittämistiimi on toteuttanut muun muassa annosjakeluohjeistuksen ja kehittänyt farmaseuttien työnkuvia potilaslähtöisemmiksi.

Kehittämistoiminta on tukenut eri kunnista tulevien toimijoiden verkostoitumista toistensa, julkisen ja yksityisen puolen toimijoiden kanssa. Myös muut kuin tiimin jäsenet ovat mielellään osallistuneet asioiden kehittämiseen ja tuoneet tärkeitä näkökohtia esille omalta osaltaan. Kehittämistoiminnan tuloksia juurrutetaan yhtenäiseksi toiminnaksi koko kuntayhtymään ja laajennetaan tulevaan sote-alueeseen.

Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä

Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymän muodostavat Suonenjoen kaupunki ja Rautalammin kunta. Alueen väestöpohja on noin 10 900. Etäisyys Kuopiosta pääterveysasemalle Suonenjoelle on 50 km. Alueelliselle väestövastuulle perustuva vastaanottotoiminta on järjestetty lääkäri-hoitaja -työparin toiminnan varaan. Erikoissairaanhoidon ostetaan pääasiassa Kuopion yliopistollisesta sairaalasta.

Kehittämistoiminnassa on suunniteltu moniammatillisen toimintamalliprosessin kehittämistä, mitä levitettäisiin koko kuntayhtymään. Lähdettiin liikkeelle kehittämään lääkityksen kuntoon laittamisen prosessia. Kehittämistiimiin otettiin mukaan väestövastuulääkäri ja kotisairaanhoidon hoitaja Suonenjoen terveysasemalta ja proviisori Itä-Suomen yliopistosta. Tiimissä on kehitetty monilääkittyjen hoidon järjeistämistä, jossa ensin tunnistetaan lääkitysongelmainen ja kun lääkitystä lähdetään laittamaan kuntoon, niin siihen liittyy aina seuranta. Lääkitysongelmaisen ensitapaamisella on paikalla potilas, omainen, hoitava lääkäri, hoitoon osallistuva hoitaja ja proviisori. Pilotissa on kehitetty selkeitä ohjeistuksia lääkitysongelmien tunnistamiseksi ja tehtyjen lääkitysmuutoksien seuraamiseksi hoitajille.

Terveystalo

Terveystalo on suomen suurin terveystaloyritys, joka tuottaa terveydenhuollon palveluja yksityishenkilöille, yritysasiakkaille, julkiselle sektorille ja vakuutusyhtiöille. Terveystalolla työskentelee lähes 6500 terveydenhuollon ammattilaista yleis- ja erikoislääkäripalveluissa, työ-

terveyshuollossa, diagnostiikkapalveluissa ja sairaalatoiminnassa. Terveystalo palvelee asiakkaita yksilöllisesti ja paikallisesti. Sillä on maan laajin toimipaikkaverkosto. Potilaskäyntejä on noin 4 miljoonaa vuosittain 900 000 eri henkilölle. Maan kaikista lääkärikäynneistä jopa 10 % on Terveystalon tuottamia. Valtakunnallisuuden ansiosta sillä on mahdollisuus kehittää digitaalisia palveluita ja kustannustehokkaita sekä lääketieteellisesti vaikuttavia hoitoprosesseja. Lisäksi Terveystalo pyrkii lisäämään toimialan avoimuutta ja potilaslähtöisyyttä sekä tuomaan uusia ratkaisuja terveydenhuollon haasteisiin.

Terveystalossa on haluttu hakea ratkaisuja myös lääkeshoidon rationalisoinnin ongelmiin. Terveystalon kehittämistiimi Joensuussa on suunnitellut ja testannut malleja yksityisten asiakkaiden lääkehoidon arvioimiseksi sekä sosiaalihuollon laitosten lääkehoidon toimintamallien lääkitysturvallisuuden lisäämiseksi. Terveystalolla on uusi lääkehoidon klinisten palveluiden kokonaisuus, joka kattaa niin yksittäisen lääkkeen käyttäjän kuin yksityisen hoitolaitoksen tarpeet. Lääkehoidon arviointoja yksittäiselle lääkkeen käyttäjälle voi pyytää myös Terveystalon sisällä osana asiakkaan hoitoprosessia. Onni – onnistunut lääkehoito palvelu on proviisorin tai farmaseutin tekemä lääkehoidon arviointi, jonka lääkkeen käyttäjä tai hänen omaisensa voi hankkia. Mikäli Onni-palvelussa löytyy lääkehoidon ongelmia, jotka vaativat lääkityksen muutoksia, ohjataan asiakas moniammatilliseen lääkehoidon arviointiin (Arvi), joka kattaa kokonaisarviointin asiakkaan terveydentilasta sekä sisältää hoitosuunnitelman. Lääkehoidon klinisten palveluiden kokonaisuuteen kuuluu myös Urho – turvallinen lääkehoito palvelu sosiaalihuollon laitoksille. Siinä lääkehoidon toimintatapojen auditoinnilla jalkautetaan turvallisen lääkehoidon toimintamalleja sekä otetaan vastuu turvallisen lääkehoidon toteutumisesta asiakasyrityksessä.

LIITE 4. Moniammatillisen verkoston tukiryhmän jäsenet.

Moniammatillisen verkoston tukiryhmän kokoonpano 1.1.2013–30.9.2014

Antti Mäntylä, Fimea (puheenjohtaja)
Anne Kumpusalo-Vauhkonen, Fimea (sihteeri)
Pertti Happonen, Fimea
Timo Järvensivu, Aalto-yliopiston kauppakorkeakoulu
Minerva Krohn, Perusterveydenhuollon kehittäjätiimi, THL
Anni Kuohukivi, Kuopion kaupungin Leväsen palvelukeskus
Kirsi Kvarström, Kirkkonummen terveyskeskus
Kirsti Laitinen, Itä-Suomen yliopiston apteekki / Terve Kuopio -kioski
Pirjo Laitinen-Parkkonen, Hyvinkään kaupunki
Sisko Lampela, Kela
Tuomo Lapveteläinen, Fimea
Eeva Leinonen, Fimea
Anna-Maija Liedenpohja, Valvira

Moniammatillisen verkoston tukiryhmän kokoonpano 1.10.2014–31.12.2015

Antti Mäntylä, Fimea (puheenjohtaja)
Anne Kumpusalo-Vauhkonen, Fimea (sihteeri)
Pertti Happonen, Fimea
Timo Järvensivu, Aalto-yliopiston kauppakorkeakoulu
Annika Koivisto, Kela (Kanta-palvelut)
Minerva Krohn, THL (Varajäsen: Susanna Majjanen, THL)
Kirsti Laitinen, Itä-Suomen yliopisto / Terve Kuopio -kioski
(Varajäsen: Raimo Ojala, Kuopion yliopistollisen sairaalan apteekki)
Pirjo Laitinen-Parkkonen, Hyvinkään kaupunki
(Varajäsen: Kaisa Mäkinen, Hyvinkään kaupunki)
Sisko Lampela, Kela (Varajäsen: Juha Konttila, Kela)
Eeva Leinonen, Fimea (Varajäsen: Anne Hirvonen, Fimea)
Anna-Maija Liedenpohja, Valvira (Varajäsen: Riitta Aejmelaeus, Valvira)

LIITE 5. Yhteistyöverkoston muodostavat organisaatiot.

Julkishallinnon organisaatiot

Kansaneläkelaitos (KELA)
Sosiaali- ja terveysministeriö (STM)
Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira)
Suomen Kuntaliitto
Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL)

Ammattijärjestöt

Suomen Apteekkariliitto
Suomen Farmasialiitto ry
Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Super ry
Suomen Lääkäriliitto
Suomen Proviisoriyhdistys ry
Suomen sairaanhoitajaliitto ry
Tehy ry

Tieteelliset yhdistykset

Kliinisen Farmasian Seura ry
Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
Suomen Kliinisen Farmakologian Yhdistys

Yliopiston apteekit

Itä-Suomen yliopiston apteekki
Yliopiston Apteekki

Apteekit

Niiralan apteekki
Priima apteekki

Terveysdenhuollon organisaatiot

Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä
Hyvinkään kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi
Hämeenlinnan terveystalot liikelaitos
Kirkkonummen terveyskeskus
Kuopion yliopistollinen sairaala
Kurikan terveyskeskus
KYSTERI
Lahden kaupungin sairaala
Salon terveyskeskus
Satakunnan keskussairaala
Tampereen yliopistollinen sairaala
Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Farmaseuttisia palveluita tarjoavat yritykset

Niiralan apteekki
Proedu

Lääketieteellisiä palveluita tarjoavat yritykset

eKlinikka

Potilasliitot ja -järjestöt

Yliopistot, ammattikorkeakoulut, täydennyskoulutusyksiköt

Helsingin yliopisto
Itä-Suomen yliopisto

Eduskunta

Muut

Kuopion kaupunki
Lääkeinformaatioverkoston koulutustyöryhmä

LIITE 6. Yhteistyöverkoston seminaarien sisältö ja ohjelma.

19.3.2015: Lääkehoidon seuranta soten päätöksenteossa ja arjessa.

Seminaari järjestettiin osana valtakunnallista Lääkehoidon päivää. Tilaisuuteen osallistui yhteensä noin 80 terveydenhuollon päättäjää, johtajaa ja käytännön ammattilaista. Tilaisuudessa nostettiin esiin lääkkeiden järkevän käytön toimeenpano-ohjelman toteuttamisen tarve seuraavilla hallituskausilla. Emeritusprofessori Martti Kekomäki alusti sote-uudistuksen tuomista mahdollisuuksista edistää potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Hän korosti herätelevässä esityksessään sosiaali- ja terveydenhuollon laajan integraation merkitystä ja kokonaisuuden hallintaa. Sote-uudistuksen tulee parantaa laatua ja edistää järjestelmän tasa-arvoisuutta. Terveyden edistämisen tulee nousta suurempaan rooliin. Moniammatillinen yhteistyö on yksi keino auttaa useaa sairautta potevien ikäihmisten selviytymistä arjessa entistä paremmin. Avohoidon ylilääkäri Arto Honkala Forssasta pohti, miten paikallinen terveydenhuollon johto voi tukea ammattilaisia lääkehoidon seurannassa. Lääkehoidon seuranta edellyttää ennen kaikkea moniammatillista toimintaa. Tätä moniammatillista yhdessä tekemistä pitää johtaa. Toisaalta arjen ammattilaisilta pitää vaatia laatua, mutta ennen kaikkea tukea tekemistä. Tämä mahdollistaa tiimin mahdollisimman hyvän vuorovaikutuksen potilaan parhaaksi. Tilaisuudessa kuultiin lisäksi terveyskeskuslääkäri Merja Karjalaisen ja proviisori Miia Tiihosen esitys siitä, miten moniammatillinen tiimin dialogia edistää potilaiden arjessa heidän järkevää lääkkeiden käyttöä.



Lääkehoidon seuranta soten päätöksenteossa ja arjessa – Lääkehoidon päivä

19.3.2015 klo 8.30–12.00

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea, Mannerheimintie 103b, Helsinki, Urso Major (1. krs)
Tilaisuudesta on videoneuvotteluyhteys Kuopioon (Technopolis, Mikrokatu 1)

Tilaisuus on tarkoitettu päättäjille, johdolle ja käytännön ammattilaisille. Tilaisuuteen on vapaa pääsy. Tilaa on 100:lle ensimmäisenä ilmoittautuneelle.

Ohjelma

8.30–9.00 Kahvit

9.00

Tilaisuuden avaus

Sinikka Rajaniemi, ylijohtaja
Fimea

Kansallinen näkökulma: Miten sote-uudistus voisi edistää potilaan kokonaisvaltaista hoitoa?

Martti Kekomäki, emeritusprofessori

Keskustelua

10.00

Johdon näkökulma: Miten kannustan ja tuen terveydenhuollon ammattilaisia tekemään lääkehoidon seurantaa?

Arto Honkala, avohoidon ylilääkäri
Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä

Keskustelua

Jaloittelutauko 5 min

10.45

Moniammatillisen tiimin näkökulma: Miten edistämme lääkehoidon seurannalla potilaan lääkkeiden järkevää käyttöä?

Merja Karjalainen, terveyskeskuslääkäri
Miia Tiihonen, proviisori
Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä

Keskustelua

11.30

Viranomaisen näkökulma: Järkevän lääkehoidon hyvät käytännöt valtakunnalliseksi toiminnaksi. Miten tästä yhdessä eteenpäin?

Antti Mäntylä, kehittämispäällikkö
Fimea

12.00

Tilaisuus päättyy – keskustelu jatkuu omakustanteisella lounaalla

**9.4.2014: Järkevää lääkehoitoa – seminaari
terveydenhuollon toimijoille. Moniammatilliset
toimintatavat käyttöön arjen työhön.**

Tilaisuuteen osallistui yli 200 sosiaali- ja terveydenhuollon toimijaa eri puolilta Suomea. Fimean ylijohdaja Sinikka Rajaniemi korosti moniammatillisen työskentelyn merkitystä lääkehoitojen kuntoon laittamisessa. Puheenvuoroissa kuultiin, miten moniammatillisuus tulisi huomioida sote-uudistuksessa ja miten sitä tulisi johtaa. Lisäksi tilaisuuden alustuksissa esiteltiin Kanta -Tiedonhallintapalvelun tarjoamia tulevaisuuden mahdollisuuksia lääkehoidon toteuttamisessa. Seminaaripäivän aikana verkoston 15 moniammatillisesti toimivaa kehittämistiimiä esitteli konkreettisia toimintamalleja, joissa tunnustetaan lääkitysongelmainen potilas sekä laitetaan hänen lääkityksensä kuntoon.



**Järkevää lääkehoitoa – seminaari
terveydenhuollon toimijoille**
Moniammatilliset toimintatavat käyttöön arjen työhön

Aika: Keskiviikko 9.4.2013 klo 11.30–15.30
Paikka: Biomedicum, luentosali 1, Haartmaninkatu 8, Helsinki
Ilmoittautuminen ja vaatesäilytys auki klo 11.00 alkaen.

11.30

Tervetuloa seminaariin

Sinikka Rajaniemi, ylijohdaja
Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea

Moniammatillisen verkoston toiminta

Antti Mäntylä, kehittämisspäälikkö
Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea

Kansallinen potilasarkisto (kokonaislääkitysnäkymä) – miten
auttaa meitä?

Päivi Mäkelä-Bengs, ylilääkäri
Terveys- ja hyvinvoinnin laitos

Moniammatillisuus sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisessa

Päivi Sillanaukea, kansliapäällikkö
Sosiaali- ja terveysministeriö

12.30

Kahvi

13.00

Kehittämisen verkoston paikallisten toimintamallien esittely ja
arviointi – hyviä käytänteitä lääkehoidon järjeistämiseksi

14.30

Miten moniammatillinen toiminta osaksi terveydenhuollon työtä?
Kommenttipuheenvuoro

Olli-Pekka Ryynänen, professori
Itä-Suomen yliopisto

15.00

Yhteinen keskustelu ja yhteenveto – miten kehittämistyötä
jatketaan ja miten verkostona eteenpäin?

15.30

Tilaisuuden päätös

**11.4.2013: Järkevää lääkehoitoa moniammatillisesti – seminaari terveydenhuollon toimijoille.
Miten ikäihmisten lääkehoito laitetaan kuntoon?**

Tilaisuuteen osallistui vajaat 200 terveydenhuollon toimijaa tukemaan hedelmällistä innovointia eri puolilta Suomea. Sosiaali- ja terveysministeri Paula Risikko alusti tilaisuudessa moniammatillisuuden tärkeydestä ikäihmisten lääkehoidon toteuttamisessa. Seminaarissa kuultiin myös käytännön esimerkkejä eri ammattiryhmien yhteisestä tahtotilasta sekä keinoja lääkitysongelman ikäihmisen tunnistamiseksi ja heidän lääkityksen kuntoon laittamiseksi.



Järkevää lääkehoitoa moniammatillisesti – seminaari terveydenhuollon toimijoille

Miten ikäihmisten lääkehoito laitetaan kuntoon?

Aika: Torstai 11.4.2013 klo 11.30–15.30

Paikka: Biomedicum, luentosali 2, Haartmaninkatu 8, Helsinki

Ilmoittautuminen ja vaatesäilytys auki klo 11.00 alkaen.

Ohjelma alkaa klo 11.30

11.30

Tervetuloa seminaariin

Eija Pelkonen, johtaja

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea

Moniammatillisuus ikäihmisten lääkehoitojen toteuttamisessa

Paula Risikko, sosiaali- ja terveysministeri

Sosiaali- ja terveysministeriö

Moniammatillisen verkoston toiminta tällä hetkellä

Antti Mäntylä, kehittämisspäälikkö

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea

Verkostomainen työskentely

Timo Järvensivu, tutkija, verkostoasiantuntija

Aalto-yliopiston kauppakorkeakoulu

12.30

Kahvi

13.00

Kehittämisen verkoston paikallisten toimintamallien esittely ja arviointi – hyviä käytänteitä lääkehoidon järkeistämiseksi

14.30

Yhteinen keskustelu ja yhteenveto – miten kehittämistyötä jatketaan ja miten verkostona eteenpäin?

15.30

Tilaisuuden päätös

1.10.2014: Seminaari terveydenhuollon ammattijärjestöille

Verkoston koordinaattorit kutsuivat keskeiset terveydenhuollon ammattijärjestöt työpajaan keskustelemaan järkevän lääkehoidon edistämisestä kansallisella tasolla. Tilaisuuteen osallistui edustajia Suomen Lääkäriliitosta, Tehystä, Suomen Farmasialiitosta, Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Superista, Suomen Apteekkariliitosta, Suomen Proviisoriyhdistyksestä, Suomen sairaanhoitajaliitosta ja Suomen terveydenhoitajien liitosta. Tilaisuudessa kartoitettiin avoimesti keskustellen ammattijärjestöjen näkökulmia järkevän lääkehoidon kehittämiseen sekä pohdittiin yhdessä, minkälainen rooli ammattijärjestöillä voisi tai tulisi olla järkevää lääkehoitoa tukevien toimintamallien kehittämisessä ja levittämisessä. Työpajassa haettiin vastauksia siihen, miten eri ammattijärjestöt voisivat yhdessä ja erikseen edistää moniammatillista toimintaa parhaiten omissa jäsenkunnissaan potilastyön arjessa.

KUTSU JÄRKEVÄN LÄÄKEHOIDON EDISTÄMISEN TYÖPAJAAN 1.10.2014 KLO 9.30–12.00

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean koordinoima Moniammatillinen verkosto kutsuu keskeiset terveydenhuollon ammattijärjestöt työpajaan 1.10.2014 klo 9.30–12.00 keskustelemaan järkevän lääkehoidon edistämisestä kansallisella tasolla.

Päivän aikana kartoitetaan avoimesti keskustellen ammattijärjestöjen näkökulmia järkevän lääkehoidon kehittämiseen sekä pohditaan yhdessä, millainen rooli ammattijärjestöillä voisi tai tulisi olla järkevää lääkehoitoa tukevien toimintamallien kehittämisessä ja levittämisessä. Työpajassa haetaan vastauksia siihen, miten eri ammattijärjestöt voisivat yhdessä ja erikseen edistää moniammatillista toimintaa parhaiten omissa jäsenkunnissaan potilastyön arjessa.

Osallistujia pyydetään etukäteen valmistautumaan tilaisuuteen kartoittamalla oman ammattijärjestön nykyistä toimintaa moniammatillisen lääkehoidon järjeistämiseksi seuraavien kysymysten avulla:

- Mitkä ovat ammattijärjestön keskeiset lähtökohdat ja näkökulmat lääkehoidon järjeistämiseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön?
- Mitä tavoitteita ja toimintaa ammattijärjestöllä on meneillään lääkehoidon järjeistämiseksi ja moniammatillisen yhteistyön edistämiseksi?
- Mitkä ovat ammattijärjestön keskeiset kanavat, joiden kautta järjestö on yhteydessä omaan jäsenkuntaansa potilastyön arjen kehittämiseksi?

Työpajaan osallistujia pyydetään valmistelemaan ammattijärjestönsä näkökulmasta enintään 5 minuutin puheenvuorot (ppt-esitykset), jotka pyydetään lähettämään etukäteen 25.9.2014 mennessä sähköpostilla antti.mantyla@fimea.fi.

Aika ja paikka

Keskiviikko 1.10.2014 klo 9.00–12.30. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea, 1. krs, Ursa Major, Nauvontie 4, Helsinki.

Alustava ohjelma

09.00	Aamukahvit
09.30	Aloitustilaisuus ja päivän tavoitteen asettaminen (Antti, Anne ja sitten Timo)
09.45	Valmistellut puheenvuorot, enintään 5 min. /ammattijärjestö ja osallistujien esittäytyminen
10.45	Tauko
11.00	Avoin keskustelu (pienryhmittäin 10 min ja yhdessä keskustelu, Timo kirjaa pp-tiedostoon)
12.00	Kohti yhteenvetoa: Miten tästä eteenpäin?
12.30	Tilaisuus päättyy

Osallistujat

Tilaisuuteen kutsutaan edustajia seuraavista järjestöistä:

Suomen Apteekkariliitto, Suomen Farmasialiitto, Suomen Lääkäriliitto, Suomen proviisoriyhdistys, Suomen sairaanhoitajaliitto, Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Super, Suomen terveydenhoitajien liitto ja Tehy.

Tilaisuuteen osallistuu ammattijärjestöjen lisäksi Moniammatillisen verkoston koordinaattorit Antti Mäntylä, Anne Kumpusalo-Vauhkonen ja Timo Järvensivu sekä tukiryhmä.

Ilmoittautuminen: Tilaisuuteen toivotaan 1-3 edustajaa kustakin järjestöstä. Osallistujia pyydetään vahvistamaan osallistuminen viimeistään 20.9.2014 sähköpostilla antti.mantyla@fimea.fi. Tilaisuus on maksuton.

7. LÄHDELUETTELO

Ahonen J. läikkäiden lääkehoito. Vältettävät lääkkeet ja yhteisvaikutukset. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences no 66, 2011.

Beijer HJM, Blaeij C.J. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR). A meta-analysis of observational studies. *Pharm. World. Sci.* 24: 46-54, 2002.

Berwick D M. Disseminating innovations in health care. *JAMA*. 289(15):1969-1975, 2003.

Bras D J, Galaskiewicz J, Greve H, Tsai W. Taking stock of networks and organizations: A multilevel perspective. *Academy of Management Journal* 47(6): 795 -817, 2004.

Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL. The New England Journal of Medicine 365: 2002-2012, 2011.

Bulajeva A, Labberton L, Leikola S, Pohjanoksa-Mäntylä M, Geurts MM, de Gier JJ, Airaksinen M. Medication review practices in European countries. *Res Social Adm Pharm* 10: (5): 731-740, 2014.

Clements D, Dault M, Priest A. Effective teamwork in healthcare: research and reality. *Healthcare Papers*, 7: 26-34, 2007.

D'Amour, D, Ferrada-Videla, M, Rodrigues L, Beaulieu, M D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19: 116-131, 2005.

Damschroder L, Damschroder J, Aron D C, Keith R E, Kirsh S R, Alexander J A and Lowery J C. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implem Sci*, 4:(50): 1-15, 2009.

Denis J-L, Hébert Y, Langley A, Lozeau D, Trottier L-H. Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health Care Manage Rev*, 27(3): 60-73, 2002.

Dhanaraj C, Parkhe A. Orchestrating innovation networks. *Academy of Management Review*. 31 (3): 659-669, 2006.

Dimitrow MS, Mykkänen SI, Leikola SNS, Kivelä S-L, Lyles A, Airaksinen MSA. Content validation of a tool for assessing risks for drug-related problems to be used by practical nurses caring for home-dwelling clients aged ≥65 years: a Delphi survey. *Eur J Clin Pharmacol* 70: 991-1002, 2014.

Edwards A. Building knowledge at the boundaries between professional practices: Relational agency and relational expertise in systems of distributed expertise. *International Journal of Educational Research* 50: 33-39, 2011.

Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Schroll M, Onder G, Sørbye LW, Wagner C, Reissigová J, Bernabei R. Potentially Inappropriate Medication Use Among Elderly Home Care Patients in Europe. *JAMA* 293 (11): 1348-1358, 2005.

Fimean strategia 2011-2020. Haettu internetistä 24.2.2016 https://www.fimea.fi/documents/160140/763020/18349_Fimean_strategia_2011_2020.pdf/e6c04c2e-f1b4-4720-8639-77ee8d430eaf

Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Kyriakidou A. Diffusion of innovation in service organizations: Systematic reviews and recommendations. *Milbank Q*. 82(4): 581-629, 2004.

Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 362: 1225-30, 2003.

Hanlon JT, Schmader KE, Koronkowski MJ. Adverse drug events in high risk older outpatients. *J. Am. Geriatr. Soc.* 155: 945-948, 1997.

Hartikainen S. läikkäiden lääkehoito. Teoksessa Hartikainen S. & Lönnroos E. (toim.) Geriatria. Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita, 2008.

Heikkilä J ja Heikkilä K. Dialogi - Avain innovatiivisuuteen. 1.-2. painos. Vantaa: WSOY, 2001.

Helin-Salmivaara A ja Sairanen S. Projektista prosessiksi. Rationaalinen lääkehoito-ohjelma ROHTO 1998-2001, 2001.

Hilmer SN, McLachlan AJ, Le Couteur DG. Clinical pharmacology in the geriatric patient. *Fundam Clin Pharmacol*. 21:217-30, 2007.

Housley W. Interaction in Multidisciplinary Teams. Cardiff papers in qualitative research, Ashgate, 2003.

Inkinen R, Volmanen P, Hakoinen S (toim.). Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ohjaus 2015: 14. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.

International Pharmaceutical Federation (FIP) 2015 Haettu internetistä 24.2.2016 http://www.fip.org/pharmacy_education.

Isaacs W. (käännös Tillman Maarit). Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito: urauurtava lähestyminen liike-elämän viestintään. Helsinki: Kauppakamari, 2001.

ISMP 2015 a. Haettu internetistä 20.4.2015 <https://www.ismp.org/tools/highalertmedications.pdf>

ISMP 2015 b. Haettu internetistä 20.4.2015 <https://www.ismp.org/communityRx/tools/ambulatoryhighalert.asp>

Isoherranen K, Rekola L, Nurmi R. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY, 2008.

Isoherranen K. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. (Väitöskirja). Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:18. Helsingin yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7664-0>

lääkkäiden lääkityksen tietokanta Lääke 75+ http://www.fimea.fi/laakehaut_ja_luettelot/laake75-

Jones K, Blumenthal D, Burke J, Condren M, Hansen R, Holiday-Goodman M, Peterson C. Interprofessional education in introductory pharmacy practice experiences at US colleges and schools of pharmacy. *Am J Pharm Educ* 76: 1-8, 2012.

Jyrkkä J, Vartiainen L, Hartikainen S, Sulkava R, Enlund H. Increasing use of medicines in elderly persons: a five-year follow-up of the Kuopio 75+ study. *Eur. J Clin. Pharmacol.* 62: 151–158, 2006.

Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ ym. Patterns of drug use and factors associated with polypharmacy and excessive polypharmacy in elderly persons. Results of Kuopio 75+ study: a cross-sectional analysis. *Drugs Aging* 26: 493–503, 2009.

Jyrkkä J. Drug Use and Polypharmacy in Elderly Persons (väitöskirja). Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, no 47, 2011.

Järvensivu T, Nykänen K, Rajala R. A Holistic Model of Innovation Network Management: Action Research in Elderly Health Care. Teoksessa H. Melkas, V. Harmaakorpi (toim.), *Practice-Based Innovation: Insights, Applications and Policy Implications*. Berlin, Springer: 369-392, 2012.

Järvensivu T, Möller K. Metatheory of network management: A contingency perspective. *Industrial Marketing Management*, 38: 654–661, 2009.

Kallio S. Moniammatillinen yhteistyö ikäihmisten lääkkeiden käytön järjestämiseksi verkostotyöskentelyn viitekehyksessä. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto. 2014.

Kenny, G. The Importance of Nursing Values in Interprofessional Collaboration. *British Journal of Nursing*, 1: 65–68, 2002.

Kiiski A, Kallio S, Pohjanoksa-Mäntylä M, Kumpusalo-Vauhkonen A, Järvensivu T, Airaksinen M, Mäntylä A. Iäkkäiden lääkehoidon järjestäminen moniammatillisena yhteistyönä. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:12.

Kivelä S-L. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvitysmiehen raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006: 30. Helsinki, 2006.

Kivelä S-L, Rähä S. Iäkkäiden lääkehoito. Kapseli, 35. Lääkelaitos ja Kela. 2007.

Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitals. *Journal of Hospital Medicine* 2: 314–232, 2007.

Kyngäs H. Diabeetikkonuorten hoitoon sitoutuminen: teoreettisen mallin rakentaminen ja testaaminen. Oulu: Acta Universitatis Ouluensis. Medica, 352, 1995.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. www.stm.fi/julkaisut. Haettu internetistä 19.5.2016 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>

Lahnajärvi L. Reseptin uusiminen. Miten pitkäaikaislääkitystä toteutetaan terveyskeskuksissa? (väitöskirja) Kuopion yliopiston julkaisuja. A. Farmaseuttiset tieteet 93, 2006.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980. www.finlex.fi

Laki Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksesta 24.7.2009/593. www.finlex.fi

Laki Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta 31.10.2008/669. www.finlex.fi

Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 2.2.2007/61. www.finlex.fi

Laki Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta 31.10.2008/668. www.finlex.fi

Lampela P, Hartikainen S, Sulkava R, Huupponen R. Lääkkeiden haittavaikutukset iäkkäillä potilaiden ja lääkäreiden silmin. *Suomen Lääkäri-lehti* 62: 2664-2666, 2007.

Lapkin S, Levett-Jones T, Gilligan C. A cross-sectional survey examining the extent to which interprofessional education is used to teach nursing, pharmacy and medical students in Australian and New Zealand Universities. *J Interprof Care* 26:390-6, 2012.

Lehnbom EC, Stewart MJ, Manias E, Westbrook JI. Impact of medication reconciliation and review on clinical outcomes. *Ann Pharmacother*. 48 (10): 1298–1312, 2014.

Leikola S, Dimitrow M, Lyles A, Pitkälä K, Airaksinen M. Potentially inappropriate medication use among Finnish non-institutionalized people aged 65 years: a registerbased, cross-sectional, national study. *Drugs Aging* 28: 227–236, 2011.

Leikola S. Development and application of comprehensive medication review procedure to community-dwelling elderly. University of Helsinki, Helsinki, 2012.

Levey AS, Stevens LA, Schmid CH, Zhang YL, Castro AF 3rd, Feldman HI, Kusek JW, Eggers P, Van Lente F, Greene T, Coresh J. A new equation to estimate glomerular filtration rate. *Ann Intern Med* 2009; 150: 604–12.

Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä SL, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol*. 55: 809–817, 2002.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen määräys lääketurvatoiminta 4/2013.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen määräys lääkkeiden toimittaminen 5/2011.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen määräys Sairaalaapteekin ja lääkekeskuksen toiminta 6/2012.

Lääkeasetus 24.7.1987/693. www.finlex.fi

Lääkeinformaatioverkosto. <https://www.innokyla.fi/web/hanke167840> (siteerattu 2.12.2015)

Läkelaki 10.4.1987/395. www.finlex.fi

Läkelasto 2014. http://www.kela.fi/documents/10180/1889281/SLT_2014_net.pdf/c3b5145b-1051-4449-bc21-ee0563eccfc4 (siteerattu 1.4.2016)

Lääkkeiden potilaskohtaisen annosjakelun hyvät toimintatavat. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:1. Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.

Maa- ja metsätalousministeriön asetus ravintolisistä 78/2010.

Mäkelä-Bengs P, Virkkunen H, Vuokko R. Lääkemerkinnän tekeminen ja tietosisältö 2016 – Toiminnallinen määrittely, versio 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-422-9>.

Määttä M. Poikkihallinnolliset ryhmät ja perheiden ongelmiin puuttuminen. *Stakes. Yhteiskuntapolitiikka* 71: 6, 2006.

NKF KDOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification, 2002. http://www2.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd/toc.htm (siteerattu 11.11.2014).

Pappas VC. Interagency Collaboration: An Interdisciplinary Application. In Garner HP and Ore love FP (eds.) *Teamwork in human service: Models and applications across the life span*. 66–85, 1994.

Payne, M. *Teamwork in Multiprofessional Care*. New York: Palgrave, 2000.

Peyriere H, Cassan S, Floutard E, Riviere S, Blayac JP, Hillaire-Buys D, Le Quellec A, Hansel S. Adverse drug events associated with hospital admission. *Ann. Pharmacother*. 37: 5–11, 2003.

Petri L. Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Forum* 45 (2): 73–76, 2010.

Peura S, Ovaskainen H, Lehtonen A, Wiberg I, Airaksinen M, Hakkarainen K, Tanskanen P, Sevon-Vilkman N, Tuomainen L. Lääkehoidon kokonaisarviointi lääkärin ja lääkealan ammattilaisen yhteistyönä – kokemuksia toimintamallin kehittämisestä. *Dosis* 23: 20–28, 2007.

Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, Farrar K, Park K, Breckenridge A. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ* 329(7456): 15–19, 2004.

Ponzer S, Hylin U, Kusoffsky A, Lauffs M, Lonka K, Mattiasson A-C, Nordström G. Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards. *Med Educ* 38:727–36, 2004.

Reeves RS, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update) (Review). *The Cochrane Collaboration*, 2013.

Rodger S, Hoffman S. Where in the world is interprofessional education? A global environmental scan. *J Interprof Care* 24:479–91, 2010.

Saastamoinen LK, Verho J. Drug expenditure of high-cost patients and their characteristics in Finland. *Eur J Health Econ*. 14: 495–502, 2013.

Saastamoinen LK, Verho J. Register-based indicators for potentially inappropriate medication in high-cost patients with excessive polypharmacy. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 24: 610–618, 2015.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaia 2005:32, Helsinki 2006.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntainfo 6/2007. Vanhusten turvallinen lääkehoito: kuntien velvoitteet. Haettu internetistä 11.8.2011 www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfo/kuntainfo/view/1236539.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelma. 10.2.2009. Haettu internetistä 11.8.2011 www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/toimiva_terveyskeskus.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Lääkepolitiikka 2020. Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:2. tekstiviite: (sosiaali- ja terveysministeriö 2011a)

Sosiaali- ja terveysministeriö. Avohuollon apteekkitoiminnan kehittämistarpeet. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011: 16. tekstiviite: (sosiaali- ja terveysministeriö 2011b)

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sairausvakuutuksen lääkekorvausten vähentäminen. Lääkekorvausjärjestelmän kehittämistyöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:6.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Apteekkitoiminnan ja muun lääkehuollon kehittäminen. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:4.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 2.12.2010/1088.

Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto: Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto, 19.12.2007.

Sydänmaanlakka P. Jatkuva uudistuminen: luovuuden ja innovatiivisuuden johtaminen. Helsinki: Talentum, 2009.

Terpsta, J L, Best A, Abrams D B, Moor G. Health sciences and health services. Teoksessa Frodeman R, Klein J T, Mitcham C, Holbrook J B (ed.) *The Oxford handbook of Interdisciplinarity* (pp.508 - 519). Oxford University Press, 2010.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. www.finlex.fi.

Thistlethwaite J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Med Educ* 46:58-70, 2012.

Tiedolla järkevään lääkkeiden käyttöön. Lääkeinformaatitoiminnan nykytila ja strategia vuoteen 2020. Fimea kehittää, arvioi ja informoi 1/2012. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea 2012.

Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J.* 90(1061): 149 - 54, 2014.

Wilhelmsson M, Pelling S, Ludvigsson J, Hammar M, Dahlgren L-O, Faresjö T. Twenty years experiences of interprofessional education on Linköping – ground-breaking and sustainable. *J Interprof Care* 23:121-133, 2009.

World Health Organization 1985. The rational use of drugs. Report of the Conference of Experts Nairobi, 25–29 November 1985. WHO: Geneva, 1987.

World Health Organization. The role of pharmacists in self-care and self-medication, report of the 4th WHP consultative group on the role of the pharmacist. Haag 26–28.8.1998.

World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaboration practice. Geneva, World Health Organization, 2010.

Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *IJNS* 45: 140-153, 2008.

Zanotti R, Sartor G, Canova C. Effectiveness on interprofessional education by on-field training for medical students, with a pre-post design. *BMC Med Educ* 15:121, 2015.

Øvretveit J. Coordinating community care. Multidisciplinary teams and care management. Open university press. Buckingham, Philadelphia 1995.

Øvretveit J, Mathias P, Thompson T. Interprofessional working for health and social care. Palgrave 1997.



Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus | Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet | Finnish Medicines Agency

Postiosoite: PL 55, 00301 Helsinki | Käyntiosoitteet: Mannerheimintie 103b, Helsinki |
Mannerheimintie 166, Helsinki (Valvontalaboratorio) | Microkatu 1, Kuopio

ISSN 1799-7143